Rok XXXV. Kraków 3. Października 1896. Nr. 40.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Artykuły oryginalne.

L. 446.

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze medcyny sądowej z płacą roczną 600 złr.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 15. Października 1896.

Kraków 28. Września 1896.

Dr. Łazarski,
dziekan Wydziału lekarskiego.

173—1—1

Rok XXXV. Kraków 3. Października 1896. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O zapaleniu płuc, powstającem u dzieci na tle chorób przewodu pokarmowego.

Wykład habilitacyjny

Dra Jana Raczyńskiego.

Panowie! Zapalenia płuc u dzieci możnaby według zmian anatomicznych, przebiegu klinicznego, przyczyn i warunków, wśród których powstają, podzielić na dwie główne postacie: na zapalenia płuc pierwotne i następowe.

Podział ten, jakiekolwiek byśmy mu uczynili zarzuty, oddaje przecież niewątpliwie usługi w roztrząsaniu tej sprawy chorobowej. Nie wchodząc więc na razie w ocenianie wartości i ścisłości tego podziału, nie wdając się również w wykazanie różnic między zapaleniami płuc pierwotnemi i następowemi, zaznaczę tylko, że pierwsze rozwijają się jako cierpienie samoistne, pod postacią zapalenia włóknikowego, zrazowego, u dziecka do tej pory zdrowego; drugie nawiedzają ustrój już poprzednio schorzały i powstają, bądź jako przypadkowe powikłania, bądź też jako zmiany następowe, z pierwotną chorobą w związku pozostające.

Pierwsze miejsce w rzędzie chorób, mogących wywołać następowe zapalenia płuc, zajmują niektóre choroby narządu oddechowego, prowadzące naturalnym biegiem rzeczy do zmian dalszych w tym narządzie. Dość przytoczyć nieżyt oskrzelowy, błonicę, krztusiec i t. d. Nie wynika jednak z tego, aby następowych zapaleń płuc nie mogły wywoływać choroby, ktorych pierwotnem ogniskiem są inne narządy.

Do licznego pocztu chorób, które usposabiają lub przyczyniają się do wytwarzania zapaleń płuc u dzieci, należą także choroby przewodu pokarmowego wogóle, pierwsze zaś miejsce w rzędzie tych chorób zajmują niektóre postacie nieżytu żołądka i jelit.

Każdy lekarz chorób dzieci spotyka w swojej praktyce przypadki, w których choroba, rozpocząwszy się objawami wyłącznie ze strony przewodu pokarmowego, w dalszym przebiegu wikła się z przypadami w narządzie oddechowym; powikłania te, występując groźnie na pierwszy plan, mogą stać się ostateczną przyczyną zejścia śmiertelnego (*pneumonia terminalis*).

Te spostrzeżenia, stwierdzone przy łóżku chorego, przemawiają za tem, że pewne choroby przewodu pokarmowego wikłają się w znacznej części przypadków z zapaleniem płuc ogniskowem; kliniczne doświadczenie poucza także, że powikłania ze strony narządu oddechowego stanowią okoliczność obciążającą dla rokowania w chorobach przewodu pokarmowego. Z drugiej strony naodwrót, niejednokrotnie można się przekonać, że powikłania te ustępują w miarę poprawy tak stanu jelit, jak i odżywienia ogólnego, od prawidłowego trawienia zależnego. Wszystkie te dane, wyprowadzone ze ścisłych spostrzeżeń klinicznych, naprowadzają na myśl, że między chorobami przewodu pokarmowego a zapaleniami płuc, powstającemi w przebiegu tych chorób, zachodzi pewien ściślejszy związek, że te drugie nie są tylko przypadkowemi powikłaniami pierwszych, lecz poniekąd powstają jako bezpośrednie ich następstwo.

Przypuszczenie to, oparte, jak wspomniałem, na podstawie obserwacyi klinicznej, znalazło dosadne uzasadnienie w wynikach, jakie uzyskano przy badaniu pośmiertnem. Na podstawie przez się stwierdzonego obrazu anatomicznego utrzymuje Miller, że na 1000 przypadków zapalenia płuc u dzieci poniżej roku, w 2/3 zapalenie to było następstwem zmian chorobowych w jelitach.

Jeżeli jednak wiadomem było już dawno pedyatrom, że tego rodzaju powikłanie chorób przewodu pokarmowego może rzeczywiście nastąpić, jeżeli brak lub obecność objawów ze strony narządu oddechowego uwzględniano także w rokowaniu, jeżeli dalej, stosownie do rozpoznania, uwzględniano w leczeniu, w pierwszym rzędzie, narząd trawienia, to przecież wytłómaczenie sposobu powstawania tych zmian, oznaczenie rzeczywistej przyczyny i istoty choroby, jak wreszcie wykazanie ścisłego i bezpośredniego związku między obiema grupami objawów, należy do ostatnich czasów.

Przypuszczenie, którem się zwykle posługiwano, że ustrój schorzały stanowi *locus minoris resistentiae* dla rozwoju innych chorób, w tym razie nie wiele wyjaśniało; dopiero w miarę rozszerzania się poglądów na pierwotną sprawę chorobową w jelitach i, w miarę tego, jak przekonywaliśmy się, że znaczna część chorób przewodu pokarmowego wywołaną bywa działaniem pewnych drobnoustrojów, wyłoniły się nowe poglądy, nowe zapatrywania, wyjaśniające jaką drogą powikłania chorób przewodu pokarmowego przychodzą do skutku. Wreszcie gdy ściślejsze badania bakteryologiczne i doświadczenia na zwierzętach dały wynik dodatni, wątpliwe przypuszczenia stały się pewnikiem, a nowe zapatrywania wyrugowały niejasne tłómaczenia dotychczasowe.

Pierwszeństwo w tym nowym kierunku należy się Sevestrowi, który w r. 1887 wykazał, że między zmianami w przewodzie pokarmowym i zaburzeniami w płucach zachodzi ścisły związek przyczynowy i, że zapalenia płuc uważać można za jeden z objawów zakażenia ustroju, wywołanego drogą jelit. Tym sposobem nadał on tej sprawie nowy kierunek, a badania jego uczniów Gastona, Rénarda, Girauda, Marfana, Marota, jak wreszcie badaczy niemieckich: Epsteina, Czernego i Mosera, Felsenthala i Bernharda stały się podstawą poglądów, dzisiaj już ogólnie przyjętych.

W dalszym ciągu niniejszego wykładu zastanowię się, nakreśliwszy najpierw pobieżny szkic obrazu chorobowego, nad sposobem powstawania tych następowych zmian w narządzie oddechowym.

Dwie są główne grupy objawów, na które zwrócić musimy uwagę: I objawy w narządzie trawienia i II w narządzie oddechania.

Choroba rozpoczyna się najczęściej, wskutek błędu dyetetycznego, cierpieniem przewodu pokarmowego. Więc naprzód występują wymioty i rozwolnienie, przyczem stolce bywają zielonawe lub szarawe, mniej lub więcej płynne, czasami ryżowate, wydają woń wstrętną, przenikliwą; z zachowania się dziecka wnosimy, że ma ono duże bóle, pragnienie itd.; słowem stwierdzamy te wszystkie objawy, których wyszczególnianie jest zbyteczne, gdyż składają się one na dobrze znany obraz ostrego zapalenia żołądka i kiszek (*gastroenteritis acuta*). Dopiero po 2, 6 i 10 dniach, gdy te objawy trwają dalej, zjawia się nagle, zamiast do tej pory zwykle prawidłowej ciepłoty, gorączka, a równocześnie pojawić się może kaszel; stanowi temu zwykle towarzyszy przyspieszenie oddechu i duszność.

Dziecko w tym okresie, już znacznie osłabione, leży z kończynami przyciągniętemi do brzucha, z wyrazem twarzy bolesnym, oczy w głąb wpadnięte, źrenice szerokie, brzuch wzdęty, bolesny, skóra wiotka, język obłożony, suchy. Gorączka waha się między 38°C—40°C, tętno drobne, zwykle regularne. Kaszel przedstawia się rozmaicie, tak co do częstości, jak i charakteru: czasem rzadki, suchy, to znowu uporczywy, męczący, połączony z wymiotami; duszność początkowo mniejsza, jak w innych rodzajach ogniskowego zapalenia płuc, oddechów od 30 do 50 na minutę.

Badanie przedmiotowe klatki piersiowej daje wyniki rozmaite, zależne od rozległości i umiejscowienia zmian w płucach; i tak: opukiwanie może wykazać odgłos bębenkowy, a tylko w obec wielkich, zlewających się ognisk, wypuk może być krótki, tępy, nigdy jednak nie bywa wybitnie stłumiony. Osłuchiwanie stwierdza raz oddech szorstki, ostry to znowu słaby, pęcherzykowy, a obok tego skąpe lub gęste, nierówne, drobnobańkowe, dźwięczne rzężenia, niekiedy zaś wyraźne trzeszczenia. Zaznaczyć należy, że w początkach cierpienia niestwierdzamy objawów nieżytu oskrzelowego, a okoliczność ta posłużyć nam może z jednej strony do odróżnienia zapalenia płuc od nieżytu oskrzelowego, towarzyszącego czasami sprawom chorobowym w jelitach, z drugiej strony pozwala wnosić, że punkt wyjścia dla zmian w płucach w tym razie nie leży w oskrzelach.

W dalszym przebiegu choroby, w miarę postępu sprawy, objawy te zmieniają się o tyle, że przez zlanie się kilku ognisk zapalnych mniejszych powstają ogniska większe, dające się wyśledzić badaniem fizykalnem. W tym dalszym okresie nastaje zwykle także uporczywy kaszel.

Do nakreślonego obrazu dołączają się także inne zmiany, nieżytowi jelit towarzyszące, jak zmiany na skórze, w moczu i t. d.

Jasną jest rzeczą, że każdy z wyszczególnionych objawów może ulegać pewnym rozmaitościom co do stopnia nasilenia, czasu i następstwa po sobie; odpowiednio do tego ulega też zmianom i całość obrazu chorobowego.

W dalszym rozwoju choroby występują coraz wybitniej objawy ze strony narządu oddechowego i wysuwają się na plan pierwszy: powiększa się duszność, skrzydła nosowe silnie podnoszą się i opadają, w przednich częściach płuc wytwarza się rozedma zastępcza, doprowadzająca przez wysadzenie i wypuklenie okolicy przymostkowej do zniekształtnienia klatki piersiowej, powstaje *orthopnöe*, objawiające się w ten sposób, że dziecko wygina głowę ku tyłowi, przyczem kark staje się bardzo sztywnym, tak, że objaw ten może dawać powód do pomyłek rozpoznawczych, nasuwając na myśl zapalenie opon mózgowych. Wkońcu rozwija się sinica, dziecko odurzone nie wyszukuje już miejsca dogodniejszego do ułatwienia sobie oddychania; wreszcie, opory wytworzone w krążeniu, skutkiem zmian w płucach, a równocześnie szkodliwy wpływ krążących we krwi jadów na narząd krążenia, doprowadzają do niedomogi serca i obrzęku płuc, co stanowi zwykle ostateczną przyczynę śmierci.

Podobnie jak objawy kliniczne, i zmiany anatomiczne przedstawiają wielką rozmaitość w poszczególnych przypadkach i tak: w jednych, zmiany ogniskowe są tak drobne, że dostrzedz się dadzą dopiero pod drobnowidem, w innych, ogniska są większe lub nawet, zlewając się ze sobą, zająć mogą cały płat płuca; nierzadko spotkać można wynaczynienia lub małe ropnie wśród miąższu chorobowo zmienionego płuca.

Fischel ugrupował zmiany anatomiczne tego rodzaju, według wyniku badania drobnowidowego, w trzy typy: w pierwszym z nich stwierdzamy tylko zwyrodnienie przybłonka pęcherzyków, który, uległszy znacznej zmianie, oddziela się od ściany pęcherzyka i wypełnia jego światło, przedstawiając gołemu oku obraz zagęszczenia zapalnego; w drugim typie, obok tych zmian powyżej wyszczególnionych, znajdujemy naciek komórkowy w ścianach pęcherzyków, w trzecim wreszcie pęcherzyki i światło mniejszych oskrzeli wypełnione są wypociną zapalną, złożoną już nietylko z przybłonków, ale i z ciałek białych, włóknika i t. d., a czasem czysto ropną. Obok tych zmian stwierdzić można także wynaczynienia między lub śródpęcherzykowe, podopłucnowe, a także obecność drobnoustrojów, które albo zajmują środek wytworzonego ropnia, albo wypełniają światła pęcherzyków, lub wreszcie leżą w świetle naczyń.

Jeżeli cofniemy się na chwilę myślą wstecz i obejmiemy jednym rzutem oka cały chorobowy obraz, oraz następstwo rozwijających się zmian, jeżeli przytem uwzględnimy, że powikłanie ze strony narządu oddechowego przytrafia się względnie dosyć często, a sprawa zapalna płuc w kilku naraz wytwarza się ogniskach, że wreszcie bierze w tem udział kilka drobnoustrojów, to te wszystkie okoliczności każą przypuszczać, że zmiany w płucach wywołane zostają przez drobnoustroje, zaniesione drogą krążenia do płuc z jakiegoś miejsca, w którem różne drobnoustroje znajdują dogodne warunki rozwoju. W tym razie miejscem tem są jelita, a dobrem podłożem dla rozwoju drobnoustrojów — treść pokarmowa.

Tego rodzaju zapatrywanie wygłosił pierwszy Sevestre, a zapalenie płuc, wytwarzające się w przebiegu nieżytu jelit, nazwał *bronchopneumonies infectieuses d'origine intestinale*, utrzymując zarazem, że u dzieci poniżej 2 lat, które w skutek nieodpowiedniego żywienia, popadły w chorobę przewodu pokarmowego i u których z tego powodu wytwarzają się

nieprawidłowe sprawy fermentacyjne w kiszkach, przyjść może do zakażenia ustroju w ogóle, w szczególności zaś do zmian w płucach. (Dokończenie nastąpi).

II. O leczeniu zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego.

Podał

Prof. Rydygier.

Według wykładu wygłoszonego na VIII. Zjeździe chirurgów polskich.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Sposób samego odprowadzenia zwichnięcia, pomysłu Lorenza, nie wiele się różni w zasadzie od sposobu Paci'ego. Lorenz stosuje na początku silną ekstenzyę, czy to za pomocą rąk, czy też osobnego przyrządu (jego „Extensionsschraube").

I. akt. Naciąga się kończynę koniecznie w narkozie, powoli i jednostajnie, nigdy nie szarpiąc, tak żeby tylko mięśnie przykurczone naciągnąć, a nie uszkodzić ani ich, ani skóry, w tym czasie zaleca się naprężone i uwydatniające się mięśnie masować i do kości przyciskać, ażeby tem silniej je naciągać i wydłużyć. Pętle do naciągania zakłada się powyżej kolana.

II. akt. Wprowadzenie główki do panewki uskutecznia się za pomocą silnego odwiedzenia zgiętej kończyny (fleksya i maksymalna abdukcya). I w tym akcie siła powinna tylko powoli działać; dlatego jedną ręką kończynę odwodzimy coraz to bardziej, a drugą chwytamy szyjkę resp. główkę kości udowej i staramy się ją przeprowadzić przez tylny, zawsze nieco wywyższony, brzeg panewki. To się uskutecznia w każdym przypadku z pewnym szmerem, dającym się zupełnie wyraźnie uczuwać nietylko operatorowi, lecz również trzymającym chorego asystentom; nieraz nawet otaczający szmer ten wyraźnie słyszeć mogą, a różni on się stanowczo od szmeru, jaki nieraz powstaje przy przesuwaniu się główki po nierównej powierzchni kości biodrowej.

III. akt. Dopiero po wprowadzeniu główki do panewki staramy się przez rotacyę na zewnątrz i silną ekstenzyę, naciągnąć i niejako wypuklić ku przodowi torebkę stawową, a główkę wśróbować w panewkę, wyciskając z niej na razie miększe części. Do tego byłaby w końcu najodpowiedniejsza rotacya ku wewnątrz, żeby główkę, jak dotychczas więcej ku przodowi skierowaną, zwrócić do tyłu i zagłębienia panewki całą jej wypukłością. To się jednak nie zaleca, bo właśnie panewka niema znaczniejszego zagłębienia, a takim ruchem ułatwilibyśmy tylko wyskoczenie główki napowrót ku tyłowi.

IV. akt. Założenie opatrunku gipsowego w takim stopniu abdukcyi, jaki jeszcze wystarcza do utrzymania główki w panewce.

Opatrunek ten sięga tylko do kolana i zostawia się go przez 10—12 tygodni, a w starszych przypadkach może i dłużej pozostać.

Drugi opatrunek zakłada się tylko na dwa miesiące na kończynę już mniej odwiedzioną. Potem zwykle można obejść się bez wszelkich opatrunków, a daje się tylko podkładkę na 2—4 ctm. wysoką pod zdrową stopę, żeby chorego zmusić do utrzymywania chorej kończyny w abdukcyi i nadal. Z czasem dopiero zmniejszamy podkładkę, a tem samem i abdukcyę.

Kończynę chorą należy się i według Lorenza masować, a mianowicie mięśnie idące od miednicy do krętarza (pelvitrochantere Muskeln).

Jeżeli mam swoje osobiste zdanie wypowiedzieć co do dwóch tych sposobów, to radziłbym mianowicie u małych dzieci postępować przy odprowadzaniu główki do panewki sposobem Paci'ego, a dopiero gdyby się odprowadzenie od razu nie udało, stosowałbym ekstenzyę albo według Lorenza, jego przyrządem, albo ułożywszy dziecko na kilka tygodni do łóżka, zwyczajnym sposobem Volkmann'a. Leczenie następowe urządzać radzę stanowczo według Lorenza. Według mego doświadczenia cała trudność niekrwawego postępowania polega na utrzymaniu raz odprowadzonej główki kości udowej w panewce. Dopomaga nam w tem rzeczywiście i znakomicie założenie opatrunku gipsowego w dostatecznej abdukcyi kończyny, a radziłbym mniej doświadczonym w początku lepiej zanadto odwodzić kończynę, niż zamało. Wiem bowiem z własnego doświadczenia, jak łatwo główka odprowadzona wyskakuje na nowo. Nie rozumiem wcale, jak Lorenz chce palcem, wprowadzonym pod opatrunek, przekonać się o stanie główki, resp. krętarza wielkiego, kiedy opatrunek ma i musi tak dokładnie przylegać, że wsunięcie palca kontrolującego staje się fizycznie niewykonalne.

W tem należy oddać Lorenzowi całą słuszność, i to stanowi wielką jego zasługę, że główka, raz odprowadzona do panewki, winna się tam utrzymywać uciskiem, działającym w należytym kierunku, a nie ekstenzyą, która może jej tylko ułatwić wyskoczenie z płytkiej panewki. Siła mięśni napiętych wtłaczających główkę do panewki i ciężar ciała tak samo działający, to skuteczne środki i do utrzymania raz odprowadzonej główki w należytem położeniu i do zagłębienia, wytworzenia panewki. Prawda, że koniecznym warunkiem do zbawiennego tego działania jest rzeczywiste odprowadzenie główki do panewki; przeciwnie skutek tego działania byłby ujemny, nawet bardzo szkodliwy.

Przypisek: Odprowadzenie bezkrwawe zwichnięcia, w przypadku przedstawionym na Zjeździe, udało się zupełnie sposobem Paci'ego i wszyscy obecni przekonali się, jak główka z pewnym szmerem wskakuje do panewki tak, że nie pozostawała żadna wątpliwość, że rzeczywiście została odprowadzona. Opatrunek gipsowy założono według przepisów Lorenza. Tak samo udało się i krwawe odprowadzenie zwichnięcia, które wykonaliśmy na drugi dzień zrana sposobem Hoffa-Lorenza. Dzieci dotychczas mają się zupełnie dobrze.

III. Z Zakładu medycyny sądowej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem doc. Dra Leona Wachholza.

Z kazuistyki obrażeń czaszki i mózgu.

Podał

Dr. Józef Zoll,

b. asystent Uniw. Jagiell. i współpracownik zakładu med. sąd.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

Obrażenia czaszki stają się i wówczas groźnemi a nie rzadko nawet groźniejszemi od jej obrażeń połączonych z uszkodzeniem mózgu, jeżeli uraz wywołujący je narusza naczynia krwionośne wewnątrz-czaszkowe. Pomijając obra-

żenia czaszki, połączone ze zranieniem zatok żylnych, dla braku podobnych przypadków z kazuistyki zakładu krakowskiego, pozwolę sobie natomiast zwrócić uwagę na częściej wydarzające się uszkodzenia czaszki, powikłane ze zranieniem naczyń podoponowych. Niebezpieczeństwo tych obrażeń jest wielkie, a powiększa je głównie ta okoliczność, że tak w czasie powstania obrażenia, jako też i w pierwszych chwilach po jego powstaniu, nie zachodzą żadne objawy, któreby zniewoliły ranionego do wczesnego szukania pomocy lekarskiej. Najczęściej urazy, działające na boczne ściany czaszki, pociągają za sobą pęknięcie większych pni tętniczych, mianowicie tętnicy oponowej średniej.

Krwotok następowy nie staje się doraźnie śmiertelnym; krew, upływając zwolna, toruje sobie drogę między wewnętrzną powierzchnią kości czaszki a oponą twardą, nagromadza się zwolna i tworzy skrzep, który powiększając się, wzmaga coraz bardziej ucisk wśródczaszkowy, aż wreszcie doprowadza do groźnych i znanych objawów, a nawet do śmierci z ucisku mózgowego. Od chwili uszkodzenia naczynia, aż do wystąpienia pierwszych objawów ucisku mozgowego, upływa zazwyczaj dłuższy okres czasu, n. p. kilka godzin, i ta okoliczność sprawia nierzadko trudności w zrozumieniu przyczynowego związku między doznanem obrażeniem, a zejściem śmiertelnem.

Jeżeli tę trudność lekarzowi łatwo zwalczyć, to dla sędziego bywa ona nieraz prawie niepokonalną. W odnośnej literaturze znajduje się kilka podobnych przypadków; z tych zasługują na szczególniejszą wzmiankę przypadki podane przez Maschkę [6]), Jaumesa [7]), Holmesa [8]), Blumenstocka [9]) i t. d. W przypadku Jaumesa jeden 30-letni mężczyzna został ugodzony o godz. 6 wieczorem kamieniem w lewą skroń, nie utracił jednak ani na chwilę przytomności, spożył wraz z rodziną wieczerzę, był do godz. 10-tej w teatrze, dopiero o godz. 2 w nocy począł się żalić na bole głowy, a o godzinie 4 zrana zmarł wśród wybitnych objawów ucisku mózgowego, wywołanego skrzepem krwi, wynaczynionej z pękniętej tętnicy oponowej średniej. W jesieni roku 1892, t. j. w czasie pojawienia się pierwszych przypadków cholery w Krakowie, przysłano zakładowi krak. zwłoki Ignacego S., 34-letniego mężczyzny, urzędnika ambulansu kursującego między Krakowem a Lwowem, z tem nadmienieniem, że zachodzi podejrzenie śmierci z cholery azyatyckiej. Sekcya natychmiast uskuteczniona nie wykryła żadnych obrażeń zewnętrznych, natomiast wykazała świeże podbiegnięcie krwawe, tuż nad kością położonych warstw mięśnia skroniowego lewego, szczelinowate pęknięcie łuski skroniowej, biegnące w dalszym ciągu przez średnie lewe zagłębienie podstawy czaszki, a kończące się tuż przy siodełku tureckiem, oraz skrzep krwi, ważący 200·0, wypełniający całe tylne lewe i środkowe zagłębienie podstawy czaszki, a mieszczący się między oponą twardą a kością czaszki. Cała lewa połowa czaszki była bardzo wyraźnie uciśniętą, okazywała się o połowę węższą od półkuli prawej i przesuniętą w stronę prawą; komórka boczna lewa była w zupełności zaciśniętą przez zbliżenie się przeciwległych jej ścian; tętnica oponowa średnia, pomimo że miejsca obrażenia na niej nie wykryto, musiała być powodem krwotoku. Mózg nie okazywał nigdzie obrażenia. Wywiady i zarządzone śledztwo sądowe wykazały, że denat, poślizgnąwszy się na ulicy, upadł, będąc w stanie nietrzeźwym, i to tak nieszczęśliwie, że się uderzył skronią lewą o brzeg ścieku ulicznego. Wypadkowi temu uległ o godzinie 6 wieczorem, do mieszkania swego przybył o północy w stanie nietrzeźwym, a o 6 zrana znaleziono go w stanie nieprzytomnym na podłodze, w kałuży wymiocin i płynnego kału. Śmierć nastąpiła o godz. 9 zrana, a więc w 15 godzin po doznanem obrażeniu. Na uwagę zasługuje i to, że o ile przy obrażeniach czaszki, połączonych z uszkodzeniem naczyń i następowym uciskiem mózgu, objawy chorobowe występują dopiero po upływie pewnego czasu od chwili urazu, o tyle znowu, przy urazach zadanych narzędziem tępem, pociągających za sobą zbiór objawów dotychczas dostatecznie niewyjaśnionych, t. z. „wstrząśnienia mózgowego“, objawia się skutek ich zaraz, w chwili po zadaniu urazu. Rozpoznanie wstrząśnienia mózgowego in foro bywa trudne, raz dlatego, że objawy jego mogą rychło ustąpić, t. j. zanim jeszcze lekarz naocznie o nich się przekona, powtóre dlatego, że objawy te w zupełności równają się objawom, jakie się spostrzega u ludzi w stanie zupełnego upojenia (stadium Garniera). Przy rozstrzyganiu pytania, czy uderzony uległ wstrząśnieniu mózgowemu, lekarz, któryby objawów naocznie nie był stwierdził, powinien postępować nader krytycznie i nie dać się wprowadzić w błąd przez tendencyjne nieraz zeznania świadków; n. p. takie zeznania świadków, ze uderzony utracił zaraz przytomność, mają tylko względną wartość, bo bardzo względnem jest rozpoznanie tego stanu przez nie lekarza. Nader ważną okolicznością dla rozpoznania wstrząśnienia mózgowego stanowi objaw t. z. niepamięci wstecznej, obejmującej zdarzenia, jakich świadkiem był badany na krótki czas przed doznanem wstrząśnieniem mózgu, mimo to, że jak to wykazały nowsze badania, niepamięć wsteczna wydarza się także u powieszonych i na czas jeszcze uratowanych, jakoteż u osób, które uległy niektórym zatruciom, n. p. tlenkiem węgla. W myśl powyższych uwag powinno być obowiązkiem znawcy sądowego dochodzenie w danych przypadkach istnienia tej wstecznej niepamięci. Jak już wyżej wspomniałem, natrafia znawca na wielkie trudności w odróżnieniu wstrząśnienia mózgowego, którego objawy naocznie stwierdza, od stanu zupełnego upojenia, zwłaszcza, że bardzo często wstrząśnieniu mózgowemu ulega człowiek, który nadużywszy trunków, po pijanemu wśród bójki, ulega obrażeniu, stanowiącemu przyczynę wstrząśnienia mózgu; w tych przypadkach pomyłka lekarska łatwa i usprawiedliwiona, jak już zauważył Hofmann (*Lehrbuch der gericht. Med.* r. 1895 s. 454).

W dosyć głośnym w swoim czasie przypadku zagadkowej śmierci prywatnego urzędnika R., którego w r. 1893 posterunek policyjny, leżącego w stanie bezprzytomnym znalazł na ulicy i następnie odwiózł do więzienia policyjnego, rozpoznał lekarz policyjny upojenie wyskokiem, mimo to, że jak później dalszy przebieg i wynik sekcyi wykazał, człowiek ten uległ wstrząśnieniu mózgowemu, pęknięciu podstawy czaszki i dość licznym obrażeniom mózgu. W przypadku tym wydali znawcy sądowi (Dr. Wachholz i Dr. Pohorecki), na pytania sądu, czy usprawiedliwioną jest pomyłka lekarska w rozpoznaniu, po zbadaniu odnośnych aktów

---

[6]) Maschka: Vierteljschrift für ger. Med. 1884.
[7]) Jaumes: Lehrb. der ger. Med. 1895. str. 451.
[8]) Holmes: Bergmann die Lehre zu den Kopfverletzungen Stuttgard str. 572.
[9]) Blumenst.: Orzeczenie Wydz. lek. serya II.

śledztwa, odpowiedź tej treści, że odróżnienie wstrząśnienia mózgu od zupełnego upojenia wyskokiem, zwłaszcza w pierwszych chwilach, bywa niezwykle trudne, że w danym przypadku lekarz mógł tem łacniej rozpoznać upojenie, gdyż czuł z ust badanego woń alkoholu, znalazł przy nim flaszkę z wódką, wreszcie, za pomocą sztucznego oddechania i nacierań zimnych był w stanie wywołać polepszenie w tętnie i oddechu.

Kazuistyka obrażeń czaszki, jaką w ciągu wielu lat krakowski zakład sądowo-lekarski uzyskał, z łatwo zrozumiałych powodów, na wstępie już omówionych, przedstawia się wcale pokaźnie, i tak: przechowuje się w zbiorach zakładu kilka sklepień czaszki, przedstawiających obrażenie pod postacią złamania z zaklęśnięciem (*Lochfracturen*), wywołane po większej części urazem, zadanym narzędziem tępem, o nieznacznej powierzchni, jak n. p. po uderzeniu kawałkiem cegły w kość ciemieniową prawą człowieka, znajdującego się w studni, po uderzeniu obuchem motyki w okolicę kości skroniowej prawej i t. d. Tego rodzaju obrażenia czaszki, stanowiące t. z. włamania, powstają wedle odnośnych doświadczeń Paltaufa (*Lehrbuch gericht. Med.* r. 1895 s. 456) tylko wtedy, jeżeli powierzchnia działającego narzędzia nie przekracza rozmiarami 4 ctm □. Co do kształtu tych włamań na blaszce zewnętrznej kości (blaszka wewnętrzna bowiem odpryskuje mniej regularnie i na znaczniejszej przestrzeni ze znanych przyczyn), to zależą one po części od kształtu działającej powierzchni narzędzia, od jego brzegów, od grubości kości czaszkowej, powłok miękkich czaszki, zarostu głowy, wreszcie od ewentualnego okrycia głowy. I tak n. p. w głośnym zeszłorocznym procesie wiedeńskim, znaleziono między innemi na kości czołowej adwokata R. okrągławe włamanie, 3 ctm. szerokie na blaszce zewnętrznej, szersze na blaszce wewnętrznej, którego kształt pozwalał już przypuszczać, iż było ono wywołane uderzeniem narzędzia o nieznacznej powierzchni, n. p. młotka okrągłego kształtem. Dalszę śledztwo w sprawie tej wykazało, że włamanie to było w istocie wywołane uderzeniem młotka tapicerskiego o okrągłej powierzchni głowy, w średnicy 2·7 ctm. liczącej, a kształt zewnętrznego włamania odpowiadał w zupełności włamaniu kości czaszkowych.

Włamania te możnaby pomięszać niekiedy z otworami kości czaszki, powstałymi wskutek uzury lub przewlocznych spraw zapalnych, jak gruźlicy i kiły trzeciorzędnej. Rozumie się samo przez się, że lekarz będzie w stanie niemal zawsze rozpoznać przyrodę takich ubytków, że jednak pomyłka w tym względzie, zwłaszcza u lekarza mniej wprawnego, jest możliwa, dowodem tego kilka sklepień czaszkowych przechowanych w zakładzie, na których dające się stwierdzić ubytki, wywołane wyżej wspomnianemi sprawami chorobowemi, dosyć są podobne do włamań kości.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Obrzut (we Lwowie): **Contribution à l'étude des gommes et de l'artérite syphilitiques**. (*Česká akademie císaře Františka Josefa I. Bulletin international*). Praga 1896 str. 29 i 7 tablic.

Według powszechnego dotąd mniemania w rozwoju każdego kilaka można rozróżnić dwa okresy; w pierwszym wytwarza się tkanka granulacyjna; w drugim, wskutek niedostatecznego odżywienia, rozpoczynają się przemiany wsteczne, kończące się zserowaceniem, a szerzące się od środka ku obwodowi. Do dziś jednak domagają się rozwiązania pytania, dlaczego i w jaki sposób rozwija się w kilakach zserowacenie, i dlaczego w niektórych przypadkach tkanka kilakowa zmianom wstecznym nie ulega, a przeciwnie rozwija się dalej i zamienia w tkankę włóknistą. Sposobność badania kilaków we wcześniejszych okresach ich rozwoju nadarza się bardzo rzadko; najczęściej bowiem spotyka się kilaki większe, w środku złożone z mas serowatych, na obwodzie z tkanki włóknistej, lub też z młodszej, granulacyjnej, dobrze unaczynionej tkanki łącznej. Ale nawet w tym drugim przypadku granica między tkanką granulacyjną a masami serowatemi jest ostra, i nie widać nigdzie przejścia i przemiany tkanki żywej w masy serowate; nawet w najmniejszych kilakach znajdujące się masy serowate czynią wrażenie ciała obcego, ulegającego otorbieniu. Przypuszczenia, dotyczące sposobu powstawania tych mas serowatych, nie są, jak dotąd, oparte na nieulegających żadnej wątpliwości spostrzeżeniach. Niemniej nie jest do dziśdnia dostatecznie zbadany związek zmian naczyniowych z pewnymi szczegółami budowy kilaków.

Trzy przypadki zmian kilakowych rozległych, a przedstawiających przeważnie cechy najwcześniejszych okresów swego rozwoju, zbadał prof. Obrzut wszechstronnie i podaje nader dokładny opis zmian drobnowidowych, objaśniony kilkunastoma wybornymi rysunkami.

Nieulega wątpliwości, że roznosicielem jadu kiłowego, jak to zresztą bywa przy innych zakażeniach, jest w pewnych chwilach krew; jednakże przedewszystkiem układ naczyń chłoniczych jest główną drogą, którą jad kiłowy w ustroju się szerzy; układ chłoniczy wraz z gruczołami chłoniczymi jest najprawdopodobniej tem miejscem, gdzie jad znajduje się w utajeniu, ażeby od czasu do czasu wtargnąć do innych części ustroju i wytworzyć w nich zmiany kiłowe.

Zmiany tętnic uważa się dziś za jeden z objawów nader stałych wśród obrazu zmian, wywołanych przez kiłę. Nasuwa się pytanie, dlaczego właśnie wśród ścian naczyniowych usadawiają się zmiany kiłowe najchętniej. Jeżeli, jak to jest prawdopodobne, jad kiłowy jest uorganizowany, w takim razie, przy przechodzeniu przez różne części układu chłoniczego, musi on napotykać na przeszkody. Tam gdzie te przeszkody są największe, może się jad kiłowy nagromadzić w ilości dostatecznej do wywołania zmian anatomicznych. Otóż krążenie soków odżywczych w ścianach naczyniowych, odbywające się poprzez pokłady różnej budowy i gęstości, sprzyja bardzo zatrzymywaniu i nagromadzaniu się jadu kiłowego. Najlepsze ku temu warunki przedstawiają, jak się okazuje z wyników badań drobnowidowych, warstwy zewnętrzne błony mięsnej naczyń i przestwór limfatyczny Virchow-Robin'a, leżący pomiędzy błonami mięsną i przybyszową, gdzie ukazują się najwcześniej zmiany kiłowe. Stąd szerzą się one dośrodkowo, zajmując w końcu i błonę zewnętrzną. W tętnicach, o świetle ramienia zstępującego prawej tętnicy wieńcowej serca, może błona przybyszowa żadnym zmianom nie ulegać; zmiany w opisanych miejscach są widocznie pierwotne i najwcześniejsze.

W tętnicach drobniejszych może zdarzyć się, że błona mięsna względnie najdłużej zmianom nie ulega, a tymczasem powstają znaczne zmiany w błonach wewnętrznej i przybyszowej. Jednakże w tętnicach grubszych błona mięsna przedstawia zawsze zmiany najdalej posunięte, tak, że zgrubienie błony wewnętrznej jest niejako tylko wypływem zmian głębszych.

O ile badania zmian kiłowych tętnic doprowadziły prof. Obrzuta do wyników z wnioskami Baumgartena i Köstera w zasadzie zgodnych, o tyle studya nad budową kilaków rzuciły na te twory światło zupełnie nowe i wydały niespodziewane rezultaty.

Z badań bowiem najmniejszych nawet kilaków okazało się, że granica między ogniskami obumarłemi a żywą

tkaniną kilakową jest zawsze ostrą i że nigdzie nie widać przejścia drugiej w pierwsze. Co więcej, można było stwierdzić, że nie tkanka kilakowa, ale tkanka narządu, w której kilak się usadowił, ulega zserowaceniu. I tak w jednym z badanych przypadków w częściach nekrotycznych zachowała się wyraźnie pęcherzykowa budowa tkanki płucnej; tkanka kilakowa gromadzi się naokoło takich ognisk i wnika stopniowo coraz więcej ku środkowi tak, że w końcu miejsce ogniska serowatego zajmuje tkanka granulacyjna, zamieniająca się później w tkankę włóknistą. Tkanka kilakowa nietylko nie jest do dalszego rozwoju niezdolną, ale przeciwnie obdarzona jest wielką żywotnością. Tosamo odnosi się do ognisk nekrotycznych w innych narządach.

W ścianach naczyniowych często najwcześniejszą i najwybitniejszą zmianą jest obecność mas serowatych w przestrzeni limfatycznej błon zewnętrznych. W innych częściach ściany naczyniowej stwierdzić można rodzaj *mesoarteriitis haemorrhagica*. Zdaniem autora należy przyjąć, że te, t. zw. serowate masy są poprostu wypociną z *„vasa vasorum"* pod wpływem działania jadu kiłowego. W innych tętnicach wypocina taka gromadzi się przedewszystkiem pomiędzy blaszkami elastycznemi i łącznotkankowemi błony przybyszowej, lub też w tkance otaczającej. Wypocina ta przedstawia budowę i reakcye barwikowe takie same, jak włóknik.

Prof. Obrzut od szeregu lat dowodzi, że wbrew przyjętym zapatrywaniom, włóknik tworzy się przedewszystkiem i zawsze z istot, zawartych w czerwonych ciałkach krwi. W ostatnich czasach z kilku stron potwierdzono zasadnicze punkty tego twierdzenia; autor powołuje się w szczególności na pracę Syllaby.

Otóż niniejsze badania prof. Obrzuta wykazują, że masy nekrotyczne, w środku kilaków się znajdujące, są właśnie krwią wynaczynioną, która uległa przemianie włóknikowej i zmianom wstecznym. Ogniska te nekrotyczne posiadają bowiem wszystkie cechy postaciowe i dają odczyny barwikowe, właściwe skrzepom krwi w rozmaitych okresach ich przemian. Wprawdzie niewątpliwie ulegają nekrozie także komórki i istota międzykomórkowa w obrębie ognisk, zajętych przez wynaczynioną krew; udział ich jednakże w wytworzeniu mas serowatych, jest, zdaniem autora, tak nieznaczny, iż wcale można go nie brać w rachubę. Większość tych stałych składników tkanek znika bez śladu, — za pośrednictwem, być może, rodzaju rozpłynięcia (kollikwacyi), — a wśród ognisk nekrotycznych, spotyka się wyłącznie masy włóknikowe lub włóknikowate. Wprawdzie możnaby sądzić, że ziarna chromatynowe, znajdujące się obficie w niektórych ogniskach, powstają z rozpadu jąder komórek stałych lub wędrujących, jednakże — zdaniem autora — źródło powstawania ziarn tych jest inne, pochodzić one bowiem mogą z ziarn nukleinowych, uwalniających się z rozpadłych ciałek czerwonych.

Twierdzenie, że kilak w środku zserowaciały znajduje się w najwcześniejszym okresie swego rozwoju, może się wydawać zwolennikowi panujących obecnie zapatrywań, paradoksem; jednakże jestto właśnie — zdaniem autora — fakt udowodniony dość jasno przez jego spostrzeżenia. Wybroczyny mogą powstawać w każdym okresie rozwoju kilaka; zdarzają się one w okresach początkowych, a najczęściej w chwili, gdy alteracya naczyń dosięga szczytu. Źródłem wybroczyn są w ścianach naczyniowych *vasa vasorum*, — w obrębie tkanin innych narządów drobne tętniczki i naczynia włosowate. Do tych wybroczyn odnosić należy zjawisko zserowacenia kilakowego, i taki jest ostateczny wynik badań autora.

„Badania moje nie są zapewne ostatniem słowem w da„nej sprawie; zadowolony będę, jeżeli stanowią one początek „nowych wyników i poglądów. W zakresie nauki naszej ża„den sąd nie jest niezmienny; każde zapatrywanie, choćby „tak genialnych, jak Virchow, mistrz nasz, ludzi, może uledz „zmianom i przekształceniu". Temi słowy kończy profesor Obrzut swoją ciekawą, nawskróś oryginalną i pełną nowych poglądów pracę. *ac.*

Higiena mowy przez Dra Władysława Ołtuszewskiego. Warszawa, 1896.

Książeczka ta, traktująca o nader ważnym przedmiocie, napisana dla szerszych kół wychowawców młodzieży, jest pierwszą pracą tego rodzaju w polskim języku ogłoszoną. Pominąwszy już tę zasługę, którą autor położył dla ojczystego piśmiennictwa, obowiązkiem jest naszym, przedewszystkiem jako lekarzy, zwrócić uwagę na pracę tę kół pedagogów i rodziców, którzy polegając na mylnych wyobrażeniach, często niewłaściwem traktowaniem, pogarszają wrodzone lub nabyte nieprawidłowości mowy dziecka. Chcąc zapobiegać złemu, trzeba znać jego przyczynę. Z tej zasady wyszedł autor, dając nam na wstępie bardzo dokładny rys psychofizyologii mowy, oraz określenie istoty i przyczyn jej zboczeń. Obok naukowego przedstawienia rozwoju mowy u dziecka, o ile tenże wpływa na powstające nieprawidłowości, znajdujemy racyonalne wskazówki, odnoszące się do higieny mowy, i to zarówno higieny domowej jak i szkolnej. Nareszcie zwraca autor słuszną uwagę na jedynie racyonalne leczenie już istniejących zboczeń mowy w zakładach, z których jedynego u nas jest kierownikiem, i podaje statystykę za ostatnie trzechlecie, w którymto czasie 411 osób do leczenia się zgłosiło. Wyniki lecznicze, podane przez autora, są bardzo zachęcające i powinny skłaniać do poparcia tej ważnej gałęzi terapeutycznej, mającej na celu usuwanie nader przykrej wady, tak często utrudniającej zadanie życiowe.

Roż.

V. Wyciągi.

Karliński: **Zakażenie młodych zwierząt cholerą drogą przewodu pokarmowego.** (*Ctblt. f. Bacteriol.* 1896. Tom XX. Nr. 4. 5). K. prowadził doświadczenia swoje z przerwami przez lat 6. Z prób tych wynikło, że zakażeniu cholerycznemu drogą przewodu pokarmowego uledz mogą oprócz młodych królików i kotów, także młode psy. Okazało się jednak, że tylko niektóre odmiany („rasy") przecinkowca cholerycznego zdolne są tą drogą wywołać zakażenie jakoteż, że są również niektóre odmiany, działające zmiennie, t. j. raz wywołujące drugi raz niesprowadzające zakażenia. Doświadczenia K. zasługują dlatego na uwagę, że wydały one wyniki dodatnie wcześniej od doświadczeń Miecznikowa (ob. *Przegl. lek.* Nr. 29 str. 401) i Wienera; autor zresztą zrzeka się dobrowolnie praw pierwszeństwa. *Ciechanowski.*

Prof. Holst (Chrystyania): **O zatruciach serem.** (*Centralblat f. Bacter.* 1896. Tom XX. Nr. 4. 5). Po spożyciu rodzaju bryndzy norwegskiej „Knad-ost", z kilku źródeł pochodzącej, wystąpiły u kilkunastu osób ostre nieżyty przewodu pokarmowego, połączone z gorączką, a zakończone powrotem do zdrowia mniej więcej po tygodniu. Badania, zmierzające do wykrycia trujących domieszek, a szczególnie soli miedziowych, wydały wynik ujemny; jednakże autor nabawił się przy nich takiego samego cierpienia, połknąwszy przypadkiem nieco mleka, rozmięszanego z podejrzanym serem, przez pipetę. Ponieważ objawy chorobowe wystąpiły u autora po nadzwyczaj małej dawce i dwukrotnie później, niż u tych, którzy spożywali sam ser, przeto skierował autor swe poszukiwania ku wykryciu jakiegoś chorobotwórczego drobnoustroju. Okazało się, że istotnie w podejrzanym serze znajdowała się jadowita odmiana *bacterium coli commune*, którego czysta hodowla, wprowadzona do przewodu pokarmowego różnych zwierząt, między innemi cieląt, wywoływała gwałtowną biegunkę, niekiedy (u mniejszych zwierząt) prowadzącą do śmierci. Do sera, który wywołał, jak się pokazało, nie zatrucie, ale zakażenie, dostać się mogły jadowite drobnoustroje albo dopiero przy wyrobie, albo wcześniej, (jeżeli mianowicie mleko na ser użyte pochodziło z krów dotkniętych biegunką), już przy podoju.

Ciechanowski.

Prof. Moritz (Monachium): **O zawartości istot organicznych w krystalicznych osadach moczu.** (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 34 1896). We wszystkich kryształkach kwasu moczowego, jak również w fosforanach, szczawianach, węglanach, w moczu się znajdujących, wykazać można zawartość istot bezbarwnych, szklistych, które cały kryształ równomiernie przenikają. Najprostszym sposobem otrzymania kryształów kwasu moczowego jest ostrożne i przez dłuższy czas wytrawianie z wodą, do 50° ogrzaną. Kwas moczowy rozpuszcza się z powierzchni kryształów, podczas gdy wewnątrz zamknięte istoty, zachowując wiernie kształt pierwotnego kryształu, pozostają pod postacią zbitej masy. Łatwiejszym jeszcze jest następny sposób: kryształki kw. moczowego wypłukuje się mięszaniną następującego składu: 8 części 1% rozczynu lizydyny (2 cm.^{3} 50% rozczynu na 98 wody) i 2 części 10% rozczynu kwasu garbnikowego. W tym rozczynie występują szkielety kryształków bardzo szybko, ponieważ rozczyn lizydyny rozpuszcza kwas moczowy, kwas garbnikowy zaś ustala zamknięte wewnątrz kryształów istoty organiczne. Nie dodawszy jednak kw. garbnikowego, rozpuścimy cały kryształ, wraz z jego treścią organiczną. Dodawszy zaś do płynu, rozpuszczającego kryształy, kilka kropel zgęszczonego wodnego błękitu metylowego, zabarwimy szkielety kryształów na niebiesko. Chcąc zaś otrzymać szkielety kryształów szczawianów, fosforanów i wapnianów, używamy mięszaniny z 8 części 2% rozczynu kw. solnego, względnie octowego, i 2 części 10% rozczynu kw. garbnikowego. Rozpuszczając na sączku większą ilość kw. moczowego i płucząc go przez kilka dni zimną wodą, otrzymujemy część istoty, wewnątrz kryształów zawartej, która po zbadaniu chemicznem daje reakcyę istot białkowatych.

Dr. Adam Dobrowolski.

O. Heubner: **Przyczynek do etyologii i rozpoznania zapalenia nagminnego opon mózgowo-rdzeniowych** (*Deut. med. Wochenschrift* Nr. 27. 2. VII. 1896). Pierwszy Weichselbaum w r. 1887, a w ostatnim czasie Jaeger wykazali, że w zapaleniu nagminnem opon mózgowo-rdzeniowych odgrywa niepoślednią rolę drobnoustrój o bardzo charakterystycznych cechach. Znajdowali oni go w zwłokach ludzi zmarłych na zapalenie nagminne opon mózgowo-rdzeniowych. Ten sam drobnoustrój na żywym odnaleziono po raz pierwszy na klinice H. na wiosnę r. 1895, a mianowicie u dziewczyny 1½ letniej, u której rozpoznano klinicznie zapalenie opon mózgowych, zrobiono nakłucie lędźwiowe (próbne), a w płynie wydobytym znaleziono opisane przez Weichselbauma i Jaegera drobnoustroje. Celem wykazania ich chorobotwórczości przedsięwziął H. szereg doświadczeń, które mu pozwalają wysnuwać następujące wnioski: 1) Diplokoki (czasami i tetrakoki) są rzeczywiście chorobotwórczymi; 2) nie wszystkie jednak zwierzęta ulegają zakażeniu (np. morskie świnki są b. oporne); 3) drobnoustroje te są słabsze niż pneumokoki i dlatego odsetek śmiertelności zapalenia opon nagminnego jest niższy, niżeli w zapaleniach opon, wywołanych przez *diplococcus pneumoniae.* *Dr. Hirsch.*

P. Fürbringer: **Przypadek zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powikłanego z rzerzączką, a zakończonego śmiercią** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 27. 2. VII 1896). W maju r. b. przywieziono do szpitala 25-letniego mężczyznę, który obok zapalenia opon miał również ostrą rzerzączkę. W wydzielinie ropnej z cewki moczowej znaleziono gonokoki Neisserowskie, a w płynie, wydobytym przez nakłucie lędźwiowe, wykazano również obecność diplokoków, do Neisserowskich b. podobnych. Przy szczegółowem badaniu jednak można było wykryć pewną różnicę, na którą zwrócił uwagę Jaeger, twierdząc, że diplokoki Weichselbauma różnią się od gonokoków N. tem, 1) że niszczą i jądro komórki i 2) mają otoczkę (kapsułkę). F. zwraca dalej uwagę na wielką ilość, w jakiej się meningokoki znachodzą (20—40 par w jednej komórce). Co się tyczy otoczki, to ona nie zawsze widoczna; w niektórych jasne pole (obwódka jaśniejsza), otaczające koki, było zupełnie wyraźne, w innych zaś wcale otoczki dopatrzeć się nie można było. Ułożenie w czworaczki (tetrakoki) dość często spotykano, dłuższych łańcuchów jednak nie zauważono. Meningokoki wyrastają znacznie prędzej i o wiele bujniej niż gonokoki, dadzą się też i łatwiej wyhodować. Świnki morskie są oporne i nie ulegają zakażeniu. *Dr. H.*

Kocks: **O skracaniu więzadeł szerokich przez pochwę przy wypadnięciu i tyłopochyleniu macicy.** (*Centralblatt f. Gynäkologie* Nr. 32). Wiązki mocne, znajdujące się u podstawy więzadeł szerokich, które, przebiegając od bocznej ściany miednicy do części pochwowej, podtrzymują macicę i tworzą niejako oś, około której macica się obraca, nazywa autor *ligamenta cardinalia* Te więc wiązki, zwiotczałe i rozciągnięte, przy wypadnięciu i tyłopochyleniu macicy, postanowił autor skrócić i w tym celu już w r. 1892 opisał odpowiednie postępowanie. Wyniki otrzymane są pomyślne, a jak świadczy jedna z przytoczonych historyj chorób, nie należy się obawiać następowych zaburzeń podczas porodu, gdyż, według doświadczenia autora, ten już po dwu latach po operacyi zupełnie prawidłowo przebiegał. Opis operacyi: oddziela się pęcherz moczowy od przedniej ściany macicy, aż do otrzewnej, tak jak przy wyłuszczeniu macicy; to oddzielenie musi sięgać na boki, aż po nad więzadła szerokie. Następnie pęcherz moczowy odsuwa się ku górze i zakłada się szwy we więzadle od zewnątrz ku macicy, wykłuwając jednak przed miąższem macicy po jednej stronie, a dalej tę samą nitkę wkłuwa się obok macicy, a wykłuwa na zewnątrz we więzadle. Po zaciągnięciu nitki tak przeprowadzonej, części uchwycone nitką obu więzadeł zetkną się ze sobą na przedniej ścianie macicy, i w ten sposób więzadła szerokie zostają dwa razy tak skrócone, jak to odpowiada uchwyconym częściom więzadeł. Wkońcu zespaja autor tylną ścianę pęcherza moczowego z macicą i kilku szwami ranę w pochwie. *Dr. Kośmiński.*

Dr. R. Schaeffer: **O wyjaławianiu katgutu.** (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 31, 33, 34). Po spisaniu różnych sposobów używanych do wyjaławiania katgutu i ich omówieniu pod względem pewności doszczętnego wyjałowienia, podaje autor swoje doświadczenia, których celem było znaleść taki rozczyn, w którym możnaby gotować katgut, nie czyniąc go przez to kruchym. Liczne próby wykazały, że najodpowiedniejszy rozczyn jest następujący:

80 cm. sześcien. alkoholu bezwodnego
20 „ „ wody przekroplonej
100.0 grm. octanu potasowego.

Gotowanie katgutu przez 20 do 25 minut w tym rozczynie nie obniża jego wytrzymałości i mocy, podczas gdy zarodniki wąglika niewątpliwie już po 15 do 20 minutach gotowania w tym rozczynie giną. Doświadczenia jednak dalsze wykazały, że zarodniki inne, a mianowicie *katgutbacillus* (Krönig), nawet po 30 minutach gotowania w tym rozczynie nie ginęły, i dlatego podjął autor dalsze próby, które go przekonały, że do szybkiego wyjałowienia katgutu przez gotowanie, należy użyć rozczynów, mających zarazem silne własności antyseptyczne. Za najodpowiedniejszy zaś uważa rozczyn następujący:

85 cm. sześcien. wyskoku bezwodnego
15 „ „ wody przekroplonej
0,50 grm. lub 1,00 grm. sublimatu bez dodatku soli kuchennej.

Przez gotowanie katgutu przez 15 minut w powyżej podanym rozczynie uzyskał autor całkowite wyjałowienie, nie zmniejszając wytrzymałości katgutu. Dlatego poleca ten sposób wyjaławiania katgutu, jako szybki i pewny, opisując przyrząd, którym się w tym celu posługuje.

Dr. Kośmiński.

Dr. L. Baldassari: **O działaniu toksyn błoniczych na jądro komórek.** (*Centralblatt für allgem. Pathologie und Pathol. Anat.* T. VII. Nr. 15. 1896). Że toksyny błonicze

działają na pierwiastki komórkowe tkanek, wywołując w nich zmiany wsteczne a nawet obumarcie jąder, wykazały to już badania anatomo-patologiczne i doświadczalne. Zanim jeszcze znanym był swoisty zarazek zakażenia błoniczego, już w ri 1875 opisał te zjawiska dokładnie Bizozero, a po nim inn. autorowie.

Sprawy wsteczne zasadzają się na miąższowem zwyrodnieniu pierwiastków komórkowych, na ich degeneracyi jamkowatej (wakuolizacyi), a wreszcie na zwyrodnieniu tłuszczowem. Martwica objawia się rozpadem pierwoszczy i zmianami jądra komórkowego, które traci zdolność barwienia się, a potem się rozpada (*karyolysis*).

Ponieważ z nowszych badań zdaje się wynikać, że pod działaniem jadu błoniczego rozpad jądra częściej się zdarza, niż zmiany wsteczne pierwoszczy komórek, że zatem jad ten wywiera wpływ szczególnie silny właśnie na jądro komórkowe, przeto podjął autor badania w celu wyjaśnienia, czy zmiany jąder komórkowych pod wpływem jadu błoniczego są zjawiskiem stałem i czy posiadają jakiś specyalny charakter, sądząc, że może w ten sposób da się wyjaśnić dokładniej sposób działania tego jadu. Badania swoje przeprowadził autor na wątrobach i nerkach królików, zakażonych błonicą, lub zatruwanych wstrzykiwaniami toksyn błoniczych.

W wątrobach królików, zakażonych błonicą, które nieco dłużej żyły, znaleść było można zwyrodnienie ćme i tłuszczowe pierwoszczy wszystkich komórek, a gdzieniegdzie ogniskową martwicę komórek, posuwającą się czasem aż do zupełnego ich rozpadu; najsilniej wyrażała się martwica w pobliżu *Vena centralis* zrazików. W innych miejscach rozpad posunął się tak daleko, że w miejscu prawidłowego utkania wątroby, widać tylko ziarniste masy, resztki jąder i ciałka białe. Te zmiany pierwoszczy komórek spostrzegał autor zawsze u tych królików, u których sprawa zakaźna przebiegała stosunkowo powoli; ten obraz, wywołany doświadczalnie, odpowiada w znacznej części znanemu już z badań anatomo-patologicznych obrazowi.

W jądrze komórkowem znajdujemy stale zmiany, i to najczęściej fragmentacyę sieci chromatynowej; bryłki chromatyny tworzą wtedy jakby wieniec w bliskości osłonki jądra; czasami zdarza się zagęszczenie całej sieci chromatynowej, a wówczas jądro zmniejsza się i przedstawia się w postaci jednolitej bryłki chromatynowej; właściwa mu budowa wewnętrzna jest wówczas całkiem zatartą. W innych przypadkach jądro wygląda jak jasny pęcherzyk, tak, jakby nie zawierało już wcale sieci chromatynowej; czasem pęka osłonka jądra, a rozpadła istota chromatynowa opuszcza jądro i znachodzi się w postaci bryłek wśród pierwoszczy. Niekiedy znów jądro posiada nieregularny zarys, a wreszcie czasem nie widać ani śladu osłonki jądra i wówczas tylko ziarenka chromatynowe, znajdujące się wśród pierwoszczy, są jedyną jądra pozostałością.

W nerce spostrzegał autor, obok ziarnistego zwyrodnienia nekrozę, rozpad i łuszczenie komórek przybłonkowych ceweczek i torebek kłębków Malpighiego; zmiany jąder dochodzą także wysokich stopni i przedstawiają obraz zupełnie podobny, jak jądra komórek wątrobowych.

Zarówno u królików zakażonych błonicą, jak u zatrutych toksynami błoniczemi stwierdzić można, że im sprawa przebiegała dłużej, tem więcej zmienioną jest pierwoszcza komórek; — przy bardzo zaś szybkim przebiegu zakażenia, czy zatrucia, pierwoszcza przedstawia się prawidłowo; jądra ulegają zawsze zmianom bez względu na to, jak długo żyło zwierzę.

Pod tym względem autor zupełnie potwierdza wyniki badań Ceni'ego, który znalazł tem znaczniejsze zmiany wsteczne w komórkach nerwowych, im dłuższym był przebieg sprawy błonicowej.

Autor barwił preparaty sposobem Biondiego, dzięki czemu zdołał stwierdzić, że najczulszym ze składników jądra na działanie jadu błoniczego jest jąderko (*nucleolus*).

Ze spostrzeżeń autora zdaje się więc wynikać, że jad błoniczy, zależnie od tego, czy dłużej lub krócej na ustrój działa, wywołuje zmiany wsteczne we wszystkich częściach składowych komórki, lub w samem tylko jądrze. Ciekawem jest podobieństwo w działaniu jadu błoniczego a arsenu i fosforu; obie te trucizny bowiem, jeżeli działają bardzo gwałtownie, sprowadzają zmiany wyłącznie tylko w jądrach komórkowych, nie naruszając wcale pierwoszczy; zachowują się więc zupełnie tak samo, jak jad błoniczy. W takich gwałtownie przebiegających przypadkach otrucia arsenem i fosforem, zarówno jak błonicy, ostateczną przyczyną śmierci jest, w mniemaniu autora, porażenie czynności pierwiastków komórkowych najważniejszych narządów, a to wskutek zawieszenia tak doniosłych dla życia komórki czynności jej jądra. *Dr. Nartowski.*

L. Stembo: **Jednostronny naczyniakowy przerost ciała.** (*Hypertrophia lateralis superior*). Na posiedzeniu Towarz. lek. w Wilnie przedstawiał dr. Stembo chłopa 18-letniego, fabrykanta czapek, u którego cała górna prawa połowa ciała (tj. $^1/_4$ całego ciała) zajęta była przez naczyniak wrodzony (*angioma congenitum*). Naczyniak rozpoczynał się na twarzy (3 cm. przed uchem), przechodził następnie na brodę, kark, plecy, aż do dolnego kąta łopatki; z przodu zaś pokrywał całą prawą połowę klatki piersiowej, aż do łuku podżebrowego, wkońcu zajmował całą kończynę górną prawą. Stósownie do lokalizacyi i zmian jakie naczyniak wywołał, nazwał prelegent tę chorobę *Hypertrophia lateralis superior*. Dokładne pomiary wykazały, że miejsca przez naczyniak zajęte uległy przerostowi, i to tak mięśni jak i kości, np. kończyna górna prawa była w całości o 4 cm. dłuższa od lewej. Inne narządy nie przedstawiały żadnych zmian, tylko pojętność odpowiednio do wieku była nieco upośledzona. Oprócz letkiego bólu głowy, żadnych przypadłości nie miał. Ciekawą jest rzeczą, że, według opowiadania chorego, matka jego miała w czasie ciąży oblać się jakimś płynem czerwonym, i to właśnie w tych miejscach, na których u niego wystąpił naczyniak. (*St. Petersburger medic. Wochenschrift*).
Dr. Zygm. Nowak.

Prof. v. Krafft-Ebing: **Drżączka.** (*Paralysis agitans*). (*Allgem. Wien. med. Zeit.* Nr. 28, 29, 30). Badania drobnowidowe wykazały, że choroba ta nie jest ścisłą neurozą, jak to dotychczas sądzono, lecz że przyczyna polega na okołonaczyniowem stwardnieniu w rdzeniu pacierzowym (*perivasculäre Sclelrose*), zostającem w ścisłym związku rozwojowym ze zmianami miażdżycowemi samych naczyń, które to zmiany następowo dopiero dają powód do stwardnień okołonaczyniowych. Zmiany te spotyka się najczęściej w szyjnej i lędźwiowej części rdzenia pacierzowego i to prawie wyłącznie w sznurach tylnych i bocznych. Zmiany chorobowe w sznurach tylnych, mniej ważne, są przyczyną zaburzeń czucia ogólnego, a w szczególności czucia termicznego; atoli główną rolę odgrywają zmiany okołonaczyniowe w sznurach bocznych; one to bowiem powodują stężenia i przykurczenia mięśni, zwłaszcza w kończynach dolnych i następowy chód parapatetyczny, a czasem spastyczny, niepozwalający choremu na dłuższe przechadzki. Jaka jest przyczyna drżenia, które bardzo często (lecz niezawsze: *paralysis agitans sine agitatione*) tej chorobie towarzyszy? niewiadomo.

Wobec dowiedzionych zmian anatomicznych wątpliwą jest rzeczą, czy wstrząs psychiczny, uważany dotychczas za najważniejszy i najczęściejszy powód tej choroby, istotnie odgrywa tak ważną etiologiczną rolę. Znaną jest rzeczą, że choroba ta występuje najczęściej w drugiej połowie życia, a zatem w czasie, kiedy zaczynają się rozwijać w naczyniach zmiany miażdżycowe, jak również znane są wypadki, gdzie nie psychiczne wzruszenia, lecz fizyczne urazy dały powód do wystąpienia drżączki, przyczem drżenie i stężenie mięśni rozpoczęło się najprzód od kończyny, urazem dotkniętej. Choroby ostre gorączkowe, jak zapalenie płuc, grypa itd. w późniejszym wieku powstałe, dają również powód do wy-

stąpienia drżączki, a to w ten sposób, że ostra choroba gorączkowa, sprawiając znaczny wyłom w ekonomii ustroju, przyspiesza rozwój zmian miażdżycowych w naczyniach, które, jak wyżej wspomniano, dają następowo powód do stwardnień w tkance okołonaczyniowej. Wykazanie zmian anatomicznych wyjaśnia również, dlaczego wszelkie zabiegi lecznicze w tej chorobie pozostały i niewątpliwie długo jeszcze pozostaną, bez skutku. Leczenie objawowe ma głównie na celu zmniejszyć *ad minimum* drzenie, które choremu najwięcej przykrości sprawia i daje często powód do silnego przygnębienia umysłowego; według Krafft-Ebinga środkiem, dającym pod tym względem bardzo dobre wyniki, jest morfina. (W przypadku drżączki, obserwowanej przez sprawozdawcę, bardzo dobre dawała wyniki hyoscynina w postaci wstrzykiwań (0·0005 na dawkę), lub w pigułkach (0·001); drzenie, jakoteż uczucie pchania naprzód, ustępowały w kilka minut po wstrzyknięciu, dobrze jest więc podawać naprzemian morfinę i hyascyninę, tym sposobem bowiem można ustrzedz chorego od przyzwyczajenia się do morfiny.

Dr. Zygm. Nowak.

C. Stein i G. Erbmann: **O leukocytozie w sprawach gruźliczych.** *(Deutsch. Archiv f. klin. Med.* s. 321—368, 1896 r.). Podczas gdy zachowanie się ilości ciałek białych w wielu chorobach zakaźnych zostało dość dokładnie zbadane i określone, a nadto nabrało praktycznego znaczenia pod względem rozpoznawczym i prognostycznym, to przeciwnie kwestya leukocytozy w sprawach gruźliczych dotąd nie jest rozwiązaną, a wyniki otrzymane przez różnych autorów niezupełnie są ze sobą zgodne.

Neubert w obserwowanych przez siebie przypadkach nie znalazł w ilości ciałek białych wyraźnego zboczenia od stanu prawidłowego; Halla natomiast w większej ilości przypadków miał znachodzić leukocytozę. Rieder na podstawie swych badań przychodzi do wniosku, że w gruźlicy znachodzimy bardzo zmienny obraz leukocytozy. W przypadkach, gdzie sprawa chorobowa większe uczyniła postępy, a towarzyszyła jej gorączka, znachodził on stałe powiększenie się ilości ciałek białych. Limbeck i Pick uważają leukocytozę w gruźlicy jako następstwo zakażenia mięszanego, gdyż ich zdaniem jad gruźliczy nie wywołuje leukocytozy. Grawitz znachodził u osób gruźliczych gorączkujących leukocytozę neutrofilną.

Ta sprzeczność zdań spowodowała autorów do pracy opartej na obserwacyi 60 przypadków gruźlicy, leczonych na oddziale prof. Draschego. Badania krwi dokonywali z wszelkiemi ostrożnościami i zazwyczaj w $4\frac{1}{2}$ godziny po śniadaniu.

Autorowie ci zauważyli, że rzeczywiście dość często występuje leukocytoza w przebiegu gruźlicy, jednakowoż w pewnych tylko warunkach:

Prawidłową ilość ciałek białych znachodzili w początkowych okresach gruźlicy, oraz w postaciach gruźlicy dalej posuniętych, nie połączonych jednakże z rozpadem miąższu płucnego. Natomiast leukocytoza występuje przy jamach płucnych, przy przewlekłych ropieniach w następstwie pruchnienia kości, przy końcowych sprawach zapalnych, połączonych z wysiękiem i przy przeroście gruczołów limfatycznych, choćby przebiegającym bez rozpadu.

Stale spotykaną leukocytozę przy krwotokach płucnych uważają autorowie za leukocytozę pokrwotoczną, nie mającą z gruźlicą płuc nic wspólnego.

Brak zmian w ilości ciałek białych w początkowych i późniejszych okresach gruźlicy, którym nie towarzyszy rozpad miąższu płucnego, a z drugiej strony stałe znachodzenie się leukocytozy przy obecności jam w płucach, upoważnia autorów do potwierdzenia zdania Limbecka i Picka, że jad gruźliczy sam nie jest w stanie wywołać leukocytozy. Jako przyczynę leukocytozy uważają następową infekcyę, prowadzącą do rozpadu tkanek, oraz sprawę septyczną, jako następstwo działania różnych gatunków bakteryj i koków; w rozpadzie tkanki leży źródło leukocytozy, zkąd leukocyty, dostając się do naczyń limfatycznych i krwionośnych, powodują zwiększenie ilości ciałek białych.

Stała leukocytoza, jaką znaleźli autorowie przy obecności jam gruźliczych w płucach, uprawniła ich do pewnych wniosków dyagnostycznych, i tak:

1) U indywiduum dotkniętego gruźlicą, u którego nie ma ani ropienia ani sprawy zapalnej, połączonej z wysiękiem, leukocytoza przemawia na pewno za rozpadem tkanki płucnej i obecnością jam.

2) Jeśli u osobnika gruźliczego, przez dłuższy czas wykonywane badanie krwi, wykazuje fizyologiczną ilość ciałek białych, a od pewnego czasu pojawia się stale leukocytoza, to tę chwilę należy uważać za początek rozpadu tkanki.

3) Brak leukocytozy wyklucza napewne obecność lub powstawanie jamy, zajmującej większą przestrzeń.

Dr. Rencki.

F. Lanz: **O zawartości azotu, względnie białka w plwocinie, wśród różnych chorób płucnych, i spowodowanej przez to utracie azotu z ustroju.** *(Deutsch. Archiv f. klin. Medic.* 1896). Autor przeprowadził w klinice Jakscha szereg badań plwociny w niektórych chorobach płuc celem oznaczenia ilościowego azotu. W gruźlicy płuc (16 przypadków) zawartość azotu wahała między 0·26% a 1·14%, średnio 0·67% co odpowiada 4·24% białka. Przeciętna utrata białka przez dobę wynosiła 4·13 grm. Ta wprawdzie niewielka utrata dzienna białka, wobec długiego trwania stanu chorobowego, nie może być bez pewnego wpływu na ustrój.

Z 3 przypadków *pyopneumothorax* w jednym, gdzie gruźlicy za przyczynę nie można było wykazać, a chora wkrótce zupełnie wyzdrowiała, ilość azotu w plwocinie była mała (0·30%).

W 2 następnych połączonych z gruźlicą utrata azotu wynosiła około 2 grm. na dobę.

W 4 przypadkach zgorzeli płucnej, w następstwie zapalenia, znachodził autor małą procentową zawartość N (0·31 do 0·70%); przyznaje jednakże, że były to końcowe okresy, gdzie ilość plwociny była skąpą, cyfry więc podane nie mogą być miarą rzeczywistej utraty N względnie białka plwociną.

Bardzo znaczną zawartość N w plwocinie. w przebiegu zapalenia włóknikowego płuc, należy odnieść w pierwszej linii do zawartości krwi, w miarę bowiem jak krew z plwocin znikała, spadała bardzo znacznie ilość procentowa azotu. Ilość ta wahała się między 0·80 a 1·77%; wkrótce po przełamaniu się choroby 0·42 do 0·31% N. Znaczna utrata N ma jednakowoż w zapaleniu płuc mniejsze znaczenie dla ustroju, z powodu krótkiego czasu trwania choroby, aniżeli w przewlekłej gruźlicy.

W przebiegu nieżytu oskrzelowego ilość procentowa azotu jest nadzwyczaj zmienną. W nieżycie, w następstwie wady sercowej, rozedmy płucnej, chorób zakaźnych, ilość N wahała się między 0·21 a 0·44%; w 2 przypadkach bielicy 0·70—0·79%. Ilość dzienna utraconego azotu stoi tutaj oczywiście w związku z nasileniem i rozległością nieżytu.

Na podstawie tych doświadczeń przychodzi autor do przekonania, że ustrój w przebiegu chorób płucnych może przez odkrztuszanie w przeciągu dłuższego czasu znaczne ilości N, względnie białka utracić, co tem większego nabiera znaczenia, jeżeli ustrój równocześnie przez białkomocz traci białko.

Dr. Rencki.

G. Klemper: **O leczeniu osadów moczanowych w nerkach.** *(Berl. klin. Wochenschrift.* Nr. 33. r. 1896). Na wstępie zastrzega się autor, że nie mówi o dnie, lecz o osadach moczanowych, tworzących się w samych drogach moczowych; następnie zaznacza, że nie kusi się podać sposobów rozpuszczania choćby najmniejszych, już utworzonych grudek. Zadanie lekarza internisty ogranicza się do wypłókiwania ich, przez zwiększone moczenie i do zapobiegania dalszemu powstawaniu. To ostatnie mianowicie wskazanie jest przedmiotem niniejszej pracy. W tym celu przedewszystkiem należy się starać o wzmożone moczenie; chory powinien więc spo-

żywać jak najwięcej płynów, i unikać pozbywania się wody z ustroju innemi drogami. Tacy więc chorzy nie powinni ciężko pracować, ani też używać środków przeczyszczających, a ograniczyć się mają w razie potrzeby do lewatyw. Oprócz tego należy zmniejszyć wytwarzanie się kw. moczowego. Najnowsze badania wykazały, że kw. moczowy powstaje z rozkładu ciał białkowatych tz. nuklein, tworzących jądra komórek. Ilość kw. moczowego w moczu zależy głównie od nuklein, zawartych w pokarmach; mała tylko część powstaje z rozpadu nuklein komórek ustroju. Prawie wolnem od tych ciał jest mleko; po wypiciu 2 litrów mleka zawiera mocz 0·5—0·6 kw. moczowego. A więc należy takim chorym polecać wszelkie pożywki z mleka; to samo odnosi się do białka jaja kurzego, oraz do białka roślinnego, i dlatego owoce, chleb, ziemniaki są wskazane. W przeciwieństwie do tych pożywek stoją pokarmy mięsne, a z tych przedewszystkiem te, które dużo jąder komórkowych zawierają, a więc grasica, wątroba i t. d. Można jednak takim chorym podawać małe ilości pokarmów mięsnych, starając się jednocześnie przez zwiększenie moczenia i alkalescencyi moczu przeciwdziałać powstającej stąd szkodliwości. Oprócz nuklein wzmagają ilość kw. moczowego ciała ksantynowe. Kofeina w kawie, teina w herbacie i kakao, oraz dużo ciał ksantynowych w wyciągach miesnych się znachodzi; ilość więc tych pokarmów należy o ile możności ograniczyć.

Co do wyskoku, to nie stwierdzono, by zwiększał ilość kw. moczowego w moczu. Bardzo ważnem wskazaniem jest obniżanie kwasoty moczu, by ułatwić rozpuszczenie kw. moczowego. Osięga się to przez podawanie alkaliów, lecz nie powinno się ich podawać przy obfitszem jedzeniu, więc nie po obiedzie, lecz rano, a to wskutek wyniku badania, które wykazało, iż kwasota moczu obniża się podczas trawienia żołądkowego, a dopiero po dłuższym czasie po jedzeniu się podnosi. Jedzenie owoców jest wskazane, gdyż mało z nich wytwarza się kwasu moczowego, nie obniżają one jednak kwasoty moczu tak znacznie, jak dawniej to mniemano. Co do podawania piperaziny, lizydyny, urotropiny to mają one takie same znaczenie, jak zasady nieorganiczne, i działają korzystnie przez obniżenie kwasoty moczu. Bardzo gorąco poleca autor mocznik, jako lek wybornie rozpuszczający kwas moczowy; podawać go radzi według formułki: *Ureae purae* 10·0—20·0, *aquae dest.* 200; S. Co dwie godziny po łyżce. Lek ten, oprócz własności rozpuszczających kw. moczowy, działa bardzo korzystnie przez zwiększenie moczenia.

Roz.

Dr. P. Bröse: **O rozlanem rzerzączkowem zapaleniu otrzewnej**. (*Berlin. klin. Wochenschrift.* Nr. 35. 1896 roku). B. opisuje dwa przypadki rozlanego rzerzączkowego zapalenia otrzewnej u kobiet. Pierwszy dotyczy 27-letniej dziewczyny, która okazywała zajęcie szyi macicy, cewki moczowej, oraz ropienia gruczołu Bartoliniego; B. znalazł gonokoki w wydzielinie błony śluzowej, w ropie przeciętego ropnia. Chora ta wkrótce przebyła *pelveoperitonitis* z 5-tygodniowym przebiegiem, po której pozostało ustalone tyłozgięcie macicy, i zgrubienie przydatków (adneksów) po stronie prawej, oraz nieżyt macicy.

Po 5-ciu miesiącach, sądząc że już sprawa zapalna w otrzewnej jest ukończoną, wykonał B. wyprostowanie macicy w narkozie i założył krążek. Po 24 godzinach wystąpiły objawy ogólnego zapalenia otrzewnej. Po 4-ch dniach jednak stan się poprawił, a po 7-miu gorączka ustąpiła zupełnie. W przypadku tym powodem zapalenia było, zdaniem autora, porozrywanie zrostów okołomacicznych, który to zabieg, pomimo że bywa wskazany, może wywołać zapalenie rzerzączkowe otrzewnej w tych przypadkach, jeśli gonokoki w trąbkach i w zrostach otrzewnowych nie wyginęły. W drugim przypadku była to 40-letnia osoba, z cierpieniem narządu rodnego, u której w wydzielinie z cewki wykazano gonokoki, macica ku prawej stronie przemieszczona, więzy po prawej stronie zgrubiałe i bolesne, jajnik lewy obniżony. W dwa miesiące potem zasięgała ta chora znowu porady, i wtedy wykazać można było guz wielkości kurzego jaja po lewej stronie macicy, a w 3 dni potem, pomimo odpowiedniego leczenia, wystąpiły objawy rozlanego zapalenia otrzewnej. Nieulegając namowom kolegów, by przystąpić do laparotomii, gdyż przypuszczano pęknięcie trąbki, B. sprzeciwił się temu zabiegowi, rozpoznał zapalenie otrzewnej rzerzączkowe z dobrem rokowaniem. Co się też sprawdziło, gdyż chora już 6-go dnia miała się lepiej i wkrótce wyzdrowiała. Na podstawie spostrzeżeń Voita, oraz tych dwóch przypadków, twierdzi autor, że zapalenie rozlane rzerzączkowe otrzewnej może wystąpić po porodzie i samoistnie, że objawy tej choroby nie różnią się od objawów zapalenia otrzewnej z innych powodów, lecz przebieg jest bardzo krótki i rokowanie dobre. Rozpoznanie, nie zawsze łatwe, polega na wykluczeniu innych przyczyn i wykazaniu gonokoków w wydzielinie części rodnych. Leczenie ma być wyczekujące. Przeciwwskazana jest laparotomia, nawet po pęknięciu trąbki, jeżeli proces w niej toczący się był rzerzączkowy.

Roż.

H. Löhlein: **O krwotokach do torbieli jajnikowych**. (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 29). W odczycie pod powyższym tytułem zestawia Löhlein przyczyny i okoliczności, wśród których występują krwotoki do torbieli, mianowicie: 1) Po punkcyach, z powodu obrażeń naczyń ścian torbieli. 2) Raki, mięsaki i na przejściu do nich będące gruczolaki wywołują nierzadko krwotoki do torbieli, a nawet do jamy brzusznej w przypadkach, jeżeli nowotwór przebija ścianę torbiela. 3) Wreszcie powstają krwotoki z powodu skręcenia szypuły torbiela, jako następstwo upośledzonego krążenia. Autor podnosi częstość skręcenia szypuły w połogu, z powodu łatwej i dowolnej zmiany położenia guzów miednicy małej, i opisuje dwa ciekawe przypadki, w których przyszło do takiego skręcenia szypuły i następowego krwotoku do jamy torbiela w przebiegu ciąży.

Dalej zwraca uwagę L. na pęknięcia naczyń silnie unaczynionych torbieli jajnikowych, które nie rzadko się zdarzają, gdy uraz, natężenie, fizyczne wysiłki przypadają na czas nawału przedmiesiączkowego. Możliwy zarzut, że przy skręceniach szypuł nawał czynny nie może powstać — upada — w obec faktu, że torbiele po skręcie szybko zrastają się z otoczeniem, a naczynia tych zrostów, o ile one są w małej miednicy, w nawale miesiączkowym udział biorą. Przytaczając zajmujący przypadek z praktyki, w którym u kobiety, wśród początkującego peryodu, przyszło do krwotoku wewnątrz torbiela stwierdza autor, że w czasie przedmiesiączkowym parcie krwi tętniczej w małej miednicy zwiększa się, a na dowód przytacza te chore, które po operacyach na części pochwowej skarżą się na krwawe, względnie śluzowokrwawe, odchody przed regularnością, a z miejsc wkłucia igły, na świeżej bliźnie po operacyi, widać już na kilka dni przed rozpoczęciem miesiączki sączącą się kroplami krew.

Nakoniec ostrzega L. przed zabiegami operacyjnymi i długiem forsownem badaniu wewnętrznem kobiet, w czasie najbliższym przed mającą się rozpocząć miesiączką, zwłaszcza jeśli pacyentka jest skłonną do krwotoków.

Dr. Mieczysław Sołtysik.

Dr. M. Eger (Berlin): **Kilaki mięśni szyjnych**. (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 35. 1896). Nawiązując do spostrzeganego przez siebie przypadku kilaków mięśnia mostkosutko-obojczykowego i przytaczając podobnych 6. przypadków przedtem już ogłoszonych, zgromadza autor cechujące szczegóły, któreby rozpoznanie tych kilaków pewniejszem uczynić mogły, a na które dotychczas uwagi nie zwracano. Zwykle twierdzono, że symetrya jest cechą tylko objawów drugorzędnych kiły, tymczasem w tych, przytoczonych przypadkach, kilaki występowały w znacznej części symetrycznie po obu stronach. Z objawów podmiotowych E. podnosi prawie zupełną bezbolesność kilaków mięśniowych; co do zmian zaś następowych, to zdania autorów są różne; na mocy jednak

powyższych przypadków, znalezionych w literaturze, stwierdzić można, że zmian wstecznych, jak rozmiękczenie, zwapnienie i t. p., jakoteż następowych, jak przykurczenia lub upośledzenia czynności mięśnia, nigdy nie zauważono.

Dr. F. K.

VI KORESPONDENCYE.

ZE WSCHODU.

Serya II.

I.

Lekarze przy nowobudującej się kolei Syberyjskiej. — Zajścia w towarzystwach lekarskich. — Brak Izb lekarskich. — Nieco o zdrowotności. — Kilka słów na zakończenie.

Dzisiejsze pismo do Was chcę poświęcić sprawom zawodu lekarskiego w Syberyi. Rozpoczęta budowa kolei syberyjskiej znacznie zwiększyła liczbę lekarzy; w samym obwodzie zabajkalskim ilość ich przy budowie kolei dosięga 20. Chociaż utrzymanie służby zdrowia na kolei w ogóle pochłania znaczne sumy, jednak lekarze przy miejscowej drożyźnie otrzymują więcej niż skromne utrzymanie; mieszkając na wsi, lub w polu, przy wszelkiego rodzaju niewygodach, nie mogą liczyć na prywatną praktykę. Tak zwani lekarze uczastkowi otrzymują po 3.200 rs. rocznie do czasu ukończenia budowy kolei, to jest zaledwie czwartą część tej kwoty, którą pobierają inżynierowie, naczelnicy ucząstków, od których lekarze są całkowicie zależni. Daje to powód do nieustannych starć pomiędzy nimi, z których naturalnie lekarze wychodzą poszkodowani. Nieprędko jeszcze nadejdą te czasy, kiedy na służbę zdrowotną rządy całej Europy będą patrzały, jako na konieczność, i zechcą dzielić z nią władzę w zakresie jej kompetencyi, i kiedy lekarz z całą służbą zdrowia przestanie być uważanym w budżecie różnych instytucyj, jako *malum necessarium.* Stan lekarski obecnie, jak i wiele innych zawodów, przeżywa kryzys, walcząc o swe prawa i byt materyalny, coraz bardziej pogarszający się. A gdy inne zawody, względnie do zwiększających się potrzeb, wywalczyły sobie lepszy byt stan lekarski, przy nadprodukcyi swych członków, a przez to i trudności dla wielu znalezienia zarobku, zeszedł ze swego bardziej niezależnego przedtem stanowiska, a co za tem idzie, utracił i moralny dorobek, który zdobył swą pracą i sumiennością. Ciężka walka o byt wytworzyła rozprzężenie i częste uchybienia zasadom etyki, tak w stosunkach koleżeńskich, jak i zawodowych. Spostrzegać się to daje nietylko w czasopismach lekarskich stołecznych, w których obszerne działy ilustrują położenie pozbawionych zdrowia, lub pracy lekarzy, jak również wdów i sierot po lekarzach, lecz nie mniej publiczne roztrząsanie sporów i zajść pomiędzy lekarzami. Ogólny ten nastrój nie mógł nie odbić się i na dalekich krańcach Azyi, tak w stosunkach między lekarzami, jakoteż i w upadku ducha solidarności korporacyjnej. W Krasnojarsku, w Towarzystwie lekarzy guberni Jenisiejskiej, najbardziej zresztą ze wszystkich syberyjskich zasłużonem dla swej obywatelskiej działalności, wygnano z liczby członków Dra K. za pastwienie się, jakiego się dopuścił nad swą wychowanicą, za co już był sądownie skazanym na więzienie. Wypadek ten jednak dał początek do nieporozumień w łonie samego Towarzystwa, skutkiem których cały zarząd, który przyczynił się do zawiązania tego Towarzystwa, jego zorganizowania, wyszukania środków i nakoniec do umiejętnej działalności i rozwoju, w przeciągu lat kilkunastu, musiał ustąpić. Trzeba dodać, że stary zarząd zdołał wywalczyć u miejscowego społeczeństwa wybitne i wpływowe stanowisko. Pochlubić się on może takimi czynami jak: zbudowanie własnego domu z piękną salą dla posiedzeń, w której codziennie odbywa się ambulatoryjne przyjęcie chorych. W domu tym mieści się jeszcze sala operacyjna z sanatoryum na kilka łóżek, laboratoryum dla analizy chemicznej i biblioteka. Oprócz tego Towarzystwo otrzymało pozwolenie na otwarcie szkoły dla felczerek i akuszerek, oraz apteki, administrowanej przez zarząd Towarzystwa, z której wydają się lekarstwa bezpłatnie. Towarzystwo miewało często peryodyczne posiedzenia, na których, obok odczytów z zakresu kazuistyki, poruszane bywały sprawy pierwszorzędnej wagi zdrowotnej, lub społecznej. Posiedzenia zwykle licznie nawiedzane bywały przez publiczność, w gronie której bywało niemało członków nielekarzy, płacących roczną wkładkę. W wielu sprawach Towarzystwo brało na siebie początkowanie, w innych, dotyczących zdrowotności, rozstrzygało nieodwołalnie z polecenia władz miejscowych; drukowało ono protokoły swych posiedzeń i ogłaszało coroczne sprawozdania. Widzimy więc, że Towarzystwo lekarzy guberni Jenisiejskiej mogło być pierwowzorem nie tylko dla syberyjskich towarzystw lekarskich, lecz i dla wszystkich prowincyonalnych. Z usunięciem się z tego Towarzystwa głównych organizatorów, nie może się nie zachwiać jego rozwój i nie wkraść rozstrój i osobiste cele. Nie wszystkie jednak towarzystwa lekarskie odpowiadają swoim zadaniom, podobnie jak Towarzystwo guberni Jenisiejskiej; czynność innych wyraża się tem tylko, że mają zatwierdzone statuty i przypominają publiczności o swojem istnieniu szeregiem zajść w swem łonie W najstarszem ze stowarzyszeń lekarskich tutejszych, a mianowicie we wschodnio-syberyjskiem, w Irkucku, rozprawa Dra K. o chłoście, wymierzanej przestępcom, została przeczytana z powodu nieobecności autora na posiedzeniu przez innego kolegę i stała się powodem nieporozumienia. Autor w rozprawie domagał się, aby przy wymierzaniu kary cielesnej na przestępcach, zesłanych i pozbawionych praw stanu, trzymano się orzeczenia lekarskiego, które często przez miejscowe władze policyjne bywa zapoznawane, a przez to zdarzają się wypadki, że starca, lub chorego, wbrew przepisom prawa, poddają chłoście. Odczyt ten dał powód na posiedzeniu do długiej rozprawy, która w końcu wkroczyła na teren rozpraw jurydycznych, o ile chłosta sama może być stosowaną i korzystną dla zesłanych, jako środek poprawczy. Prezes Towarzystwa, być bardzo może, że przez niejasne sformułowanie swoich myśli, został pojętym, jakoby był gorącym zwolennikiem chłosty; przeciw niej gorąco zaprotestował tylko ziomek nasz Dr. C., cieszący się w Irkucku imieniem lekarza — filantropa. Mógł być on najbardziej kompetentnym rzeczoznawcą z osobistego doświadczenia, bądź jako zesłaniec, bądź też, po uwolnieniu, jako lekarz katorgi Aleksandrowskiej; lecz mu zaoponował młody lekarz B., podtrzymując prezesa i, jako lekarz więzienny, dowodząc, że ci są lepsi z więźniów, którzy byli bici; jednem słowem, że jeśliby mówca znał polskie przysłowie, to z pewnością by takowe przytoczył, że „za jednego bitego, dziesięciu nie bitych dają“. Sprawozdanie z tego posiedzenia Towarzystwa pojawiło się w szpaltach miejscowej gazety, która oskarżyła Towarzystwo lekarskie w Irkucku o brak uczuć altruistycznych, a jego

prezesa nazwała protektorem chłosty. Prezes natychmiast zebrał posiedzenie, na którem odwołał swoje słowa, jako źle pojęte, usuwając się od przewodnictwa, a jednocześnie przesłał swój protest tak do miejscowej gazety, jako też i do czasopism lekarskich.

Założone przed paru laty w Czycie Towarzystwo lekarzy Zabajkalskich, nie dające dotąd żadnych oznak życia, posłużyło za arenę do rozprawy czysto osobistej natury. Jeden z miejscowych członków Dr. K., człowiek zresztą czynnego i żywego temperamentu, lecz przy tem krewki i niepozbawiony miłości własnej, naraził się kilku miejscowym kolegom. Zawiązała się przeciw niemu koalicya, którą poparli i inni, czego następstwem był prywatny list do prezesa, opatrzony podpisami, domagający się, ażeby Dra K. nie wyciągając sprawy na światło dzienne, za przekroczenia jego przeciw zawodowej, naukowej i publicystycznej działalności, wykluczyć z liczby członków, co też i nastąpiło. Poszkodowany, dotknięty do żywego, szukał obrony, odwołując się do pism miejscowych, w których wszczął publiczną rozprawę, wywlekając i osobiste zakulisowe niesnaski pomiędzy lekarzami. Publiczność o winie Dra K. nie została ostatecznie przekonaną i, bądź co bądź, podobna zemsta na koledze, spowodowana jedynie listem prywatnym, przygnębiająco oddziałała na wszystkich.

Coraz częściej wynikające niesnaski w stosunkach tak pomiędzy samymi lekarzami, jak też między nimi i publicznością, wymagałyby jakiejś pośredniczącej rozjemczej instytucyi dla roztrząsania sporów. W Rosyi takie Izby korporacyjne posiada tylko, jak wiadomo, stan adwokacki (obrońców przysięgłych) i to tylko w trzech miastach. Brak takowych odczuwa bardzo korporacya lekarzy. Izby lekarskie w Rosyi, jeżeliby zostały wprowadzone, mogłyby wywrzeć wpływ wielce dodatni na przestrzeganie etyki w zawodzie lekarskim.

Roku bieżącego nie można zaliczyć do bardzo zdrowych. Oprócz sporadycznych, choć rzadkich przypadków błonicy, grasuje w różnych okolicach epidemia ospy, dająca dość znaczny odsetek śmiertelności; ludność starowiercza zupełnie unika szczepienia, reszta mieszkańców zachowuje się biernie, powtórnego zaś szczepienia po wsiach zupełnie się nie wykonuje. Podczas ubiegłej zimy jeden z członków wschodnio-syberyjskiego oddziału Cesarsk. geograficznego Towarzystwa w Irkucku, zbierając dane statystyczne dla wystawy Niżnio-Nowogrodzkiej, zwiedził i wyspę Olchon na Bajkale, gdzie spotkał znaczną liczbę trędowatych pomiędzy Buriatami. Choroba ta, o której istnieniu na Olchonie nikt dotąd nie wiedział, uczyniła wielkie wrażenie. Projektowano na razie urządzić sanatoryum dla chorych Olchońskich i jąć się innych środków dla przyjścia im z pomocą, lecz dziś już o tem zapomniano.

Z uczuciem żywej radości i dumy wyczytałem w piśmie Waszem o przypadającem wielkiem święcie wiedzy w r. 1900, pięciowiekowym jubileuszu Wszechnicy Jagiellońskiej i o obywatelskiem postanowieniu grona nauczycielskiego, ażeby koszta obchodu przyjąć na siebie, nieobarczając i bez tego już skromnego budżetu uniwersyteckiego. Myślę, że myśl ta, mająca na celu uczcić nasz wielowiekowy umysłowy dorobek, musi znaleść oddźwięk w sercach inteligencyi naszej, nie tylko przebywającej w kraju, lecz i licznie rozsianej po obu półkulach świata. *F. Ilg.*

VII. Sprawozdanie ze Zjazdu higienistów niemieckich odbytego w Kilonii,

w czasie od 10. do 13. Września b. r.

Napisał

Dr. J. Buszek, fizyk m. Krakowa.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

Drugim przedmiotem obrad była sprawa urządzania przytulisk dla położnic. Przedstawiał ją Dr. H. B. Brenneke. Wykład jego da się streścić w następujących wnioskach: 1) W ostatnich 20 latach przypadki śmierci, skutkiem gorączki połogowej w państwie niemieckiem, bez wątpienia zmniejszyły się pod wpływem antyseptyki, mimo tego o wiele lepsze wyniki w publicznych zakładach położniczych, gdzie są nawet okoliczności utrudniające (zakłady naukowe) dowodzą, że wykonywanie praktyki położniczej w domach prywatnych, nie tylko da się poprawić, ale także pilnej poprawy potrzebuje.

Korzystniejsze wyniki w publicznych zakładach położniczych, w stosunku do domów prywatnych, polegają, pomijając inne przyczyny, głównie na tem, że rozmaite czynniki, działające w kierunku higieny porodu i połogu, jak: lekarze, położne, posługaczki, stowarzyszenia dobroczynne i ich zarządy nie działają dotąd w sposób jednolity.

2) Brakowi temu może skutecznie zaradzić utworzenie licznych instytucyj higienicznych dla rodzących i położnic. Jako takie należy uważać będące w mowie przytuliska dla położnic.

3) Przytuliska dla położnic powinny być nie tylko zakładami dla pielęgnowania chorych, albo tylko dla wypoczynku potrzebujących położnic, ale publicznymi zakładami porodowymi, w których kobiety uboższej klasy ludności, miałyby sposobność przebywać okres porodu i połogu pod kierunkiem dostatecznie umiejętnym, w warunkach higienicznych korzystnych, za małą opłatą, a względnie darmo.

4) Przytulisk dla położnic nie należy pomieszczać, jako przyczepek do publicznych szpitali, razem z nimi pod jednym dachem i zarządem. Stosownie do właściwego ich zadania mogą się one tylko wtedy rozwinąć w ogniska higieniczne porodu i połogu, jeżeli od razu wystąpią jako samodzielne zakłady.

5) Przytuliska dla położnic wychodzą na korzyść higienie porodu i połogu, zarówno krajowi całemu jak i wszystkim warstwom ludności:

a) bezpośrednio, o ile większej liczbie rodzących i położnic, głównie ubogich, dostarczają jak najlepszej opieki.

b) pośrednio, o ile dają sposobność do wykształcenia dzielnych akuszerów, poprawy gruntownej położnictwa, jakoteż wykształcenia dobrych posługaczek dla położnic.

6) Przytuliska dla położnic są bardzo wskazane tak ze stanowiska higienicznego, jak narodowo-higienicznego i socyalno-politycznego. Powołać je do życia mają za zadanie i obowiązek stowarzyszenia okręgowe i gminne, ze współdziałaniem ad hoc zorganizowanych stowarzyszeń kobiet.

Jak ważną jest ta sprawa, dowodzi ta okoliczność, że w Niemczech umiera rocznie 3000 — 4000 kobiet, wskutek

niedostatecznej opieki nad położnicami, a podwójna, a nawet potrójna liczba jest takich, które po połogu, stale pozostając choremi, umierają.

Dr. Lent w dyskusyi wystąpił gorąco, na podstawie swojego doświadczenia w okręgu kolońskim, jako urzędnik sanitarny, za wnioskami prelegenta. W warunkach w jakich pozostaje uboga ludność, mająca często w rodzinie, złożonej ze siedmiu osób, jedno tylko wspólne łóżko, nie ma mowy o antyseptycznem pielęgnowaniu położnicy w jej mieszkaniu. Działanie wspólne zarządu miejskiego w dziele dobroczynnem i stowarzyszenia przytuliska dla położnic, wydało pożądane owoce w Kolonii, gdzie 400 łóżek nie wystarcza dla ubogiej ludności.

W drugim dniu zjazdu mówił Prof. Dr. Fränkel: O zwalczaniu błonicy. Choroba ta, co do swego niebezpieczeństwa, idzie tuż za morderczą gruźlicą. W dwunastu latach, od r. 1875—1886, umarło skutkiem błonicy w Prusiech 539902 osób, rocznie 45.000, średnio w roku 1892—1893 w państwie niemieckiem 650,000 osób. Podczas gdy gruźlica zabiera ofiary przeważnie powyżej 15 roku życia, to błonica nawiedza i zabija głównie dzieci.

Przez Loefflera odkryty prątek uznano zwolna dopiero, jako istotny zarazek błoniczy. Utrudnionem było to uznanie przez to, że nie zawsze, kiedy błonicę klinicznie rozpoznają, także i grzybek ten stwierdzić się daje, a z drugiej strony także dla tego, że dosyć często można go wykryć na błonach śluzowych dzieci zdrowych i osób dorosłych. I ta okoliczność, że zwykle towarzyszy mu paciorkowiec, nasuwała powątpiewanie o jego chorobotwórczej przyrodzie, uważając obydwa te grzybki jako możliwe przyczyny błonicy.

Usposobienie dziedziczne do błonicy nie sprzyjało tłómaczeniu Loefflera, dopóki nie stwierdzono, że te same antytoksyny można wykazać we krwi zdrowych dzieci, nawet noworodków, jakie się zwykły wytwarzać w ciele dziecka chorego na błonicę, jako odtrutka przeciw zatruciu owymi grzybkami. Lecz w ten sposób tłómaczone usposobienie osobnicze do błonicy nie rozstrzyga wyłącznie o zachorowaniu; usposobienie do błonicy nie jest jeszcze samą błonicą. Na to prelegent przytacza fakt, że błonica rozwija się bardzo często przy lekkich nieżytach, a więc może wyjść z czysto miejscowego podrażnienia.

Prątki znachodzą się przedewszystkiem na zajętych błonach śluzowych gardła, połyku, krtani, tchawicy, jamy nosowej i spojówek. Dopóki powierzchowne warstwy skóry u dzieci są delikatne, mogą się i na niej rozwinąć (tak samo jak na ranach). Na błonach śluzowych u ozdrowieńców mogą się jeszcze długo po wyzdrowieniu utrzymywać, nawet do trzech miesięcy, jak to dowiódł Belfanti. Jak już wspomniano, można je znaleść i u zdrowych osób. Lecz na obumarłych przedmiotach rozwój ich jest ograniczony, gdyż zdaje się, że zarodniki wcale się nie rozwijają, a w wyższej ciepłocie, osobliwie na słońcu, prątki wkrótce obumierają. W każdym razie znachodzono je na zabawkach i w pościeli chorych dzieci, na chustkach do nosa, szczotkach do obówia i włosach posługaczek, nawet po tygodniach.

Co do utrzymywania się błonicy w pewnych miejscowościach, osobliwie domach, to jest to dotąd kwestyą sporną. Podobne przypadki uważa Flügge za powtórne zawleczenie zarazy. Autor ten więcej przypisuje wagi wogóle towarzyskim i majątkowym stosunkom, aniżeli klimatycznym i miejscowym.

Prątki można niszczyć na schorzałych błonach śluzowych, nawet zapomocą słabych rozczynów sublimatu (1 na 10,000). Zaleca się również mięszanina wyskoku z tuluolem i wody aromatyczne podobnego składu jak do ust. Lecz u dzieci, nieprzyzwyczajonych do płukania, potrzeba te płyny wstrzykiwać. Niszczenie prątków ma, według sprawozdawcy, niewątpliwą wartość w kierunku ochronnym. To samo znaczenie ma surowica Behringa, chociaż jeszcze 32 dni, po zastrzyknięciu jej, można wykazać zaraźliwe prątki błonicy. Za środek ochronny służy odwietrzanie wydzielin błoniczych na chustkach do nosa, naczyniach do jedzenia i picia itp. przedmiotach, zapomocą wrzącej wody, oraz odwietrzanie służby, w sposób zwykły, zapomocą pary i rozczynu kwasu karbolowego. Sposoby te uprościłyby się bardzo, gdyby można użyć pary odwietrzającej a nieszkodliwej. Może formaldehid będzie się nadawał ku temu celowi.

Atoli najważniejszym środkiem zapobiegającym jest odosobnienie chorego od zdrowych. Nawet u zamożnych rodzin odosobnienie jest nieraz trudnem do przeprowadzenia. Przynajmniej w kuchni, która musi przecież i stancyę chorego zaopatrywać, zwykło być fatalne połączenie, niemożliwe prawie do przerwania. Nawet w Berlinie wypadało jeszcze r. 1890, w przeszło trzeciej części mieszkań, więcej niż dwie osoby na jednę opalaną stancyę i, około 46% wszystkich mieszkań w ogóle było przeludnionych. Na wsi są te stosunki często jeszcze gorsze. Z tych powodów sprawozdawca jest za tem, żeby w takich przypadkach przymuszano przewozić chorych do szpitala. Ponieważ żywotność prątków po wyzdrowieniu jeszcze się utrzymuje, dlatego obok szpitali, dla leczenia tego rodzaju chorych, powinny być także stacye dla ozdrowieńców. Do środków zaradczych należy także zakaz chodzenia do szkoły dzieciom, podejrzanym o błonicę; w razie, gdyby epidemia bardziej się rozszerzyła, należy szkołę zamknąć, jak niemniej należy zapobiedz rozwlekaniu zarazy z domów nią nawiedzonych, osobliwie zapomocą naczyń i środków spożywczych.

Jako podstawę do takich środków uważa sprawozdawca za konieczne szybkie i pewne rozpoznanie błonicy. Zaleca się urządzenie centralnych zakładów do badania bakteryologicznego z urzędu', jakie w miastach północnej Ameryki od trzech lat okazały się bardzo pożytecznymi i jakie w Paryżu, Brukseli i Bernie szwajcarskim, jakoteż w niektórych miastach niemieckich: Bremie, Hamburgu, Dreźnie i Królewcu urządzono. Również zaprowadzony od r. 1884 w Niemczech obowiązek dla lekarzy, aby donosili o przypadkach błonicy, należy ujednostajnić i, przez rychłe donoszenie, ułatwić rozpoznanie.

Usposobienie osobnicze do błonicy jest w wieku dziecięcym na szczęście rzadkie. Uważne traktowanie zapaleń nieżytowych, zimne obmywanie szyi, wczesne przyzwyczajanie do płukania gardła, może wzmocnić odporność. Najmożniejszym środkiem ochrony przed błonicą okazuje się surowica Behringa. Przypadłości następowe, po jej zastósowaniu, należy sobie tłómaczyć nie przez swoisty sposób działania, ale tą okolicznością, że ustrój zaszczepiony stara się przyjęty jad wydalić. Dlatego sam Behring kładł nacisk na to, aby dla celów ochrony przyrządzać surowicę w mniejszych dawkach, aniżeli właściwą surowicę leczniczą. Doświad-

czenia, w tym kierunku zebrane w najnowszych czasach, okazały się jako bardzo pomyślne. Dlatego od r. 1896 odbywa się w berlińskiej „Charité“ szczepienie ochronne.

Chociaż wiele zyskano w niektórych miejscowościach przez popularne pouczanie, to przecież należy wyczekiwać od władz publicznych zorganizowania środków przez sprawozdawcę zalecanych. W pierwszym rzędzie potrzeba urządzić zakłady dla badania bakteryologicznego przypadków błonicy z urzędu, oraz stacye dla ozdrowieńców po błonicy.

(Dokończenie nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

○ Według obliczeń statystycznych ostatniego 10-lecia śmiertelność w Anglii zmniejszyła się o 2%. Z suchot płucnych umarło mniej o 392 osób na milion mieszkańców. Do r. 1866 ilość kobiet, umierających z suchot, znacznie była większą od ilości mężczyzn, od lat 30 stosunek stał się odwrotnym, a liczba mężczyzn umierających z gruźlicy, z roku na rok zwiększa się. Śmiertelność z raka zwiększyła się: w ostatniem 10-leciu zmarło na tę chorobę 590 osób na milion mieszkańców, a w takimże poprzednim okresie liczba ta wynosiła 468 i już była wyższą od 10-lecia poprzedniego o 84 na milion mieszkańców. Pogorszenie to może być jednak tylko pozornem, gdyż w tym okresie czasu, wskutek stósowania mikroskopu do codziennej praktyki, rozpoznanie raka stało się ściślejszem. Wreszcie godnem jest uwagi, że długowieczność w Anglii, która w połowie bieżącego stólecia wynosiła: dla mężczyzn 40, a dla kobiet 42 lat, podniosła się: dla mężczyzn do 44, a dla kobiet do 47 lat.

Sprawozdanie Izb lekarskich w sprawie urządzeń dobroczynnych *(Wohlfahrtsinstitute)* **dla lekarzy.**

Na rozesłany przez komitet Izb kwestyonaryusz nadesłano następujące odpowiedzi:

Pytania kwestyonaryusza	Odpowiedzi Izb lekarskich									
	Praga (Sekcya czeska)	Kraków (Galicya zach.)	Istrya	Karyntya	Morawia	Austrya dolna	Tyrol (Izba niemiecka)	Tyrol (Izba włoska)	Tryest	Wiedeń
1. Czy ma być zaprowadzone obowiązkowe ubezpieczenie wdów i sierot?	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2. Ile ma wynosić minimalna pensya wdowia?	na razie bez odpowiedzi [4])	400 złr.	300 złr.	przynajmniej 400 złr.	400 złr.	400 złr.	400 złr.	300 złr.	najwyżej 400 złr.	400 złr.
3. Ile ma wynosić dodatek na sieroty i do jakiego ich wieku?		50 złr. na głowę; dziewczętom do 18 r. ż. chłopcom do 24 r. ż.	rocznie 100 złr. do 18 r. ż.[1])	18 złr. na głowę; dziewczętom do 18 r. ż. chłopcom do 20 r. ż.	od 50 złr. do ogólnej sumy 200 złr. aż do pełnoletności [1])	od 50 złr. do ogólnej sumy 200 złr. aż do pełnoletności [1])	dla jednego 80 złr., dla 2-go 150, dla 3-go 175, dla więcej 200 złr. do 18 r. ż.	piątą część pensyi wdowiej do 20 r. ż.	Izba sprzeciwia się dodatkowi na dzieci	od 50 złr. do ogólnej sumy 200 złr. aż do pełnoletności
4. Czy ma być zaprowadzony czas przejściowy (*Carenzeit*) przy ubezpieczeniu i pensyach wdowich?		nie	nie	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
5. Jak długo ma trwać ten okres przejściowy?		odpada	odpada	3 lata	3 lata	3 lata	3 lata	5 lat	3 do 5 lat [2])	3 lata
6. Czy ma być zaprowadzone obowiązkowo ubezpieczenie na starość (*Altersrentenversicherung*)?	tak	na razie bez odpowiedzi [3])	tak	nie	tak	tak	czasowo nie	tak	nie	tak
7. Ile ma wynosić rocznie minimalne to ubezpieczenie?	400 złr.	600 złr.	400 złr.	odpada	400 złr.	400 złr.	odpada	600 złr.	odpada	400 złr.
8. Od którego wieku ma się zacząć pobieranie renty?	od 60 do 65 r. ż. ewentualnie po 25 latach opłacania premii	60 r. ż.	od ukończonego 60 r. ż.	odpada	od ukończonego 65 r. ż	od ukończonego 65 r. ż.	odpada	od 65 r. ż.	odpada	od ukończonego 65 r. ż.

Pytania kwestyonaryusza	Odpowiedzi Izb lekarskich									
	Praga (Sekcya czeska)	Kraków (Galicya zach.)	Istrya	Karyntya	Morawia	Austrya dolna	Tyrol (Izba niemiecka)	Tyrol (Izba włoska)	Tryest	Wiedeń
9. Odkąd ma się zacząć zobowiązanie do tego ubezpieczenia?	od czasu należenia do Izby	najpóźniej w 3 lata od wstąpienia do Izby	od czasu należenia do Izby	odpada	od czasu należenia do Izby	od czasu należenia do Izby	odpada	od czasu należenia do Izby	odpada	od czasu należenia do Izby
10. Który wiek należy uznać za graniczny zobowiązujący do ubezpieczenia *a*) wdów i sierot, *b*) renty na starość	odpada	40 r. ż.	40 r. ż.	dla *a*) 50 r. ż. dla *b*) odpada	dla *a*) 50 r. ż. dla *b*) 40 r. ż.	dla *a*) 50 r. ż. dla *b*) 40 r. ż.	dla *a*) 45 r. ż. dla *b*) odpada	45 r. ż.	dla *a*) 45 r. ż. dla *b*) odpada	dla *a*) 50 r. ż. dla *b*) 40 r. ż.
11. Czy od obowiązku ubezpieczenia mają być uwolnieni lekarze zaopatrzeni w inny sposób, a do równej wysokości, jak projekt wymaga *a*) lekarze na stałych posadach, *b*) lekarze gdzieindziej już ubezpieczeni.	tak	na razie bez odpowiedzi [4])	tak	przy ubezpieczeniach wdowich tak przy ubezpieczeniach na starość odpada	tak [5])	tak	tak	dla *a*) tak dla *b*) nie	tak	tak
12. Czy ma być utworzona jedna wspólna centralna kasa?	nie	nie	tak	tak	nie	tak	tak	nie	tak	tak
13. Czy też poszczególne Izby mają każda dla siebie lub w grupach utworzyć kasy o jednakowym statucie, któreby przystąpiły do wspólnego związku kas?	tak; każda Izba dla siebie; związek Izb nie jest wykluczony	każda dla siebie lub w dowolnych grupach na podstawie równych statutów	odpada	odpada	tak	odpada	odpada	każda dla siebie	odpada	odpada

[1]) o ile sieroty nie znajdą dla siebie innego sposobu zaopatrzenia.
[2]) w wieku 25 do 35 lat — 5 lat; po 35 r. ż. = 3 lata.
[3]) w oryginale: *Vorläufig nicht endgiltig entschieden* — jednak z brzmienia następnych odpowiedzi (7—9) można wnosić raczej za „tak“.
[4]) prawdopodobnie dlatego, że odnośny materyał jeszcze nie jest znany (przyp. sprawozd.).
[5]) nadto w oryginale: „po wykazaniu się w okresie przejściowym już innem zabezpieczeniem się“.

Tak więc na 19 Izb lek. austr. dziesięć oświadczyło się za obowiązkowem ubezpieczeniem, podczas gdy 9 innych (Czechy [sekcya niemiecka], Bukowina, Galicya wschodnia, Gorycya, Austrya górna, Salzburg, Szląsk, Styrya, Vorarlberg) zasadę tę wprost odrzuciły, lub przyjęły ją z zastrzeżeniami [6]).

Za obowiązkowem ubezpieczeniem pensyj wdów i sierot oświadczyły się jednogłośnie wszystkie, na powyższej tabeli wyszczególnione Izby; w dalszych punktach znać pewne, acz niekiedy tylko zasadnicze różnice zdań (zwłaszcza w odpowiedzi 12).

Opierając się więc na głosowaniu owych 10 Izb, projekt urządzeń dobroczynnych dla lekarzy przedstawiłby się obecnie w formie następującej:

1) Każdy lekarz, liczący poniżej 50 lat, obowiązany jest zabezpieczyć los swej żony i dzieci (na wypadek swej śmierci).

[6]) Dziesięć pierwszych reprezentuje liczbę 5559 członków; 9 następnych 2838 członków. (Przyp. sprawozd.).

2) Wdowa po lekarzu otrzyma 400 złr. rocznej pensyi; sieroty od 50 do 200 złr., aż do dojścia do pełnoletności.

3) Ma być zaprowadzony 3-letni okres przejściowy (w czasie tworzenia się funduszu), w którym pensyj wdowich się nie wypłaca.

4) Każdy lekarz, liczący poniżej 40 lat, ma sobie zabezpieczyć rentę roczną na starość w kwocie najmniej 400 złr. rocznie, płatną od 65 roku życia; na ubezpieczenie to ma składać zaliczkę, od czasu wstąpienia do Izby lek., (tj. od chwili doktoryzacyi).

Lekarze, w innych instytucyach do równej wysokości jak w projekcie ubezpieczeni, wolni są od ubezpieczenia się przymusowego.

5) Za wspólną centralną kasą oświadczyło się 6 Izb tj. wiedeńska, dolno-austryacka, tyrolska (niemiecka), tryesteńska, istryjska, i karyntyjska; za odrębnemi kasami Izby: czeska, zach.-galicyjska, morawska i tyrolska (włoska) Na 14 pytanie kwestyonaryusza, tyczące się wysokości rocznych opłat, mających się zbierać od lekarzy na fundusz

asekuracyjny, nadeszły bardzo różnorakie odpowiedzi (od 50 do 400 złr.), polegające prawdopodobnie na mylnem zrozumieniu tego pytania.

Wkońcu, w myśl 15. punktu kwestyonaryusza, nadesłały następujące odrębne życzenia i zdania: Izba Czeska zamierza związać się w sprawie ubezpieczenia wdów i sierot z pragskiem kolegium lekarskiem; bukowińska poleca wejść w układy z takiemże, w Wiedniu istniejącem.

Izba wschodnio-galicyjska, zgadzając się w zasadzie na obowiązkowe ubezpieczenie, uważa je jako ciężar dla wielu lekarzy na razie bardzo dotkliwy, i podnosi myśl, przeniesienia bodaj częściowych kosztów asekuracyi lekarzy na społeczeństwo. Zaznacza wreszcie, że $^4/_{10}$ lekarzy z jej okręgu należy do towarzystwa lek. galic., które rozdziela obecnie do 4000 złr. rocznie między wdowy i sieroty.

Izba zachodnio-galic. wskazuje na niestosunek, zachodzący między wysokością żądanych w danym razie opłat, a zbyt małą zasobnością finansową członków swego okręgu.

Izba w Gorycyi żąda wprowadzenia w życie ubezpieczeń lekarzy na wypadek czyto przemijającej choroby, czyteż długotrwałego schorzenia (*Krankenunterstützungsinstitut*).

Izba karyntyjska zwraca uwagę, że wobec utworzenia w Austryi wielu posad lekarzy okręgowych, którym podobnie jak w Krainie będą zapewne wszędzie przyznane prawa do emerytury, sprawa obowiązkowego ubezpieczenia lekarzy wydaje się na razie jeszcze przedwczesną. Podaje zarazem, że i ustawa o zaopatrzeniu urzędników prywatnych (*Privatbeamtenpensionsrecht.*) może wywrzeć zasadniczy wpływ na omawianą sprawę.

Izba górno-austryacka zapowiada utworzenie u siebie funduszu zapomogowego na wypadek śmierci (*Todesfallsunterstützungsinstitut*.

Salzburgska, nie wchodząc w dalekie plany, życzy sobie utworzenia na razie bodaj oddzielnego funduszu, któryby po pewnym czasie stał się podstawą do pensyj wdowich i sierocych.

Izba tyrolska (niemiecka) radzi żądać od rządu zmiany odnośnych ustaw w tym duchu, by rodziny po lekarzach, zmarłych podczas pełnienia lekarskich obowiązków na dżumę, cholerę, ospę, dur itp. równorzędne choroby, otrzymywały bezwarunkowo zaopatrzenie z funduszów państwa.

Wreszcie inne Izby poddają krytyce asekuracyjnotechniczną stronę projektu. *Dr. Leopold Kosiński.*

IX. Wiadomości bieżące

Kraków dnia 1. Października 1896.

— Od prof. Bujwida otrzymujemy list następujący:

Szanowny kolego Redaktorze!

Szczepienia ochronne wodowstrętu po ukąszeniu, jak wiadomo z nabytego doświadczenia, wtenczas tylko uwieńczone zostają wynikiem pomyślnym, jeżeli osoby pokąsane przybywają możliwie szybko po ukąszeniu, mianowicie w ciągu pierwszych trzech dni. Z przybywających później, tem większy odsetek ulega chorobie, im później rozpoczęto leczenie. Dotyczy to najbardziej osób ukąszonych w twarz i głowę.

Z 250 osób, leczonych dotąd w Krakowie, zapadły na wodowstręt w roku zeszłym właśnie 2 opóźnione z przybyciem dziewczynki, gdy natomiast inni, nawet mocno pokąsani, ale wcześnie szczepieni, wyszli cało.

W bieżącym roku jest dosyć dużo osób przybywających późno na leczenie. Obecnie n. p. dwie osoby, mocno pokaleczone na twarzy, przybyły po 8 dniach.

Pomimo odwoływań się moich do urzędów wysyłających, oraz do PP. kolegów, którzy udzielają pierwszej pomocy, często powtarzane takie spóźnienia mogą narażać wielką ilość osób pokąsanych na niebezpieczeństwo.

Dlatego też udaję się przez pośrednictwo Redakcyi *Przeglądu lekarskiego* do tych z PP. kolegów, którzy wysyłać lub opatrywać będą osoby, pokąsane przez zwierzęta podejrzane, lub wścieklizną skonstatowaną dotknięte, ażeby starali się interesowanym wyjaśnić, jak wiele od szybkiej decyzyi w tej sprawie zależy. Lepiej rozpocząć leczenie, przy niezupełnej pewności o chorobie zwierzęcia kąsającego i następnie, po upewnieniu się, wrazie jeżeli będzie niepotrzebnem, je przerwać, niż się z leczeniem, wskutek oczekiwania, spóźnić, narażając życie na niebezpieczeństwo.

Łączę wyrazy wysokiego poważania
Prof. Dr. O. Bujwid.

* Docent Dr. Leon Wachholz mianowany został profesorem nadzwyczajnym sądowej medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* **Komisye egzaminacyjne.** Minister wyznań i oświaty, w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych, zamianował dla rygorozów lekarskich następujących funkcyonaryuszów:

W Uniwersytecie Jagiellońskim: komisarzem rządowym został mianowany lekarz powiatowy Dr. Gustaw Bielański, a jego zastępcą dyrektor szpitala św. Łazarza i nadzw. prof. Uniw. Dr. Stanisław Ponikło. Koegzaminatorem przy drugiem rygorozum prof. Dr. Maciej Jakubowski, a jego zastępcą prof. Dr. Walery Jaworski. Koegzaminatorem przy trzeciem rygorozum nadzw. prof. Uniw· Dr. Rudolf Trzebicky, a jego zastępcą nadzw. prof. Uniw. Dr. Przemysław Pieniążek.

W Uniwersytecie lwowskim komisarzem rządowym (dla pierwszego rygorozum) został mianowany krajowy referent sanitarny radca Namiestnictwa Dr. Józef Merunowicz.

* Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej we Lwowie odbył posiedzenie dnia 25. Września, na którem: 1) obradowano nad pojedyńczymi punktami programu wiecu Izb; 2) uwolniono jednego z lekarzy od opłaty za rok bieżący; 3) rozpatrywano w dalszym ciągu dwie sprawy honorowe, będące już poprzednio w toku.

* Wydział krajowy postanowił odnieść się do Sejmu z wnioskiem przyznania lwowskiemu Zgromadzeniu Sióstr Miłosierdzia (Józefitek) bezzwrotnej subwencyi w kwocie 6000 złr. na dokończenie budowy Zakładu dla nieuleczalnych, pod warunkiem bezpłatnego utrzymywania na zawsze w tym Zakładzie dwóch ozdrowieńców, przysyłanych ze szpitala lwowskiego.

* Dr. Tchórznicki porusza w dziennikach myśl założenia w Warszawie Muzeum higienicznego. Okazy nagromadzone na obecnej Wystawie higienicznej stanowiłyby bogatą w liczbę i wartość naukową podstawę do tego chwalebnego przedsięwzięcia.

* Panna Jadwiga Mayówna, uczennica prof. Dr. Widego i Walgrena w Sztokholmie, otwiera w d. 1. Października Zakład gimnastyki ortopedyczno-pedagogicznej w Krakowie.

* Dr. Vesely, właściciel zdrojowiska gorzkiej wody Šaratica na Morawach, zawiadamia nas, że główny skład tej wody dla Krakowa i okolicy znajduje się w aptece pod „Białym Orłem" p. Ludwika Marcisiewicza w Krakowie. W celach wypróbowania mogą lekarze dostawać bezpłatnie tej wody w rzeczonym składzie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 39. Dra J. Dogiela: Nowe badania nad udziałem nerwów w zmianach wielkości źrenicy. Prof. Dra Obalińskiego: Obecny stan chirurgii nerek. Dra Janowskiego: O etyologii dyzenteryi. — W *Medycynie* Nrze 39. Dra Wł. Ołtuszewskiego: Czwarty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. Dra Gepnera (syna): O ciałach obcych metalicznych w oku. — W *Kronice lekarskiej*, zeszyt 18. Dra Hewelke: Nalewka *acteae racemosae* w ostrym gośćcu stawowym.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie zwyczajne swe posiedzenie w dniu 7-go Października, to jest we Środę o godz. 6-tej wieczorem *w Collegium novum* w sali Śniadeckich z następującym porządkiem dziennym:

1) Sprawy administracyjne;

2) Kol. doc. Dr. Bossowski przedstawi dwa przypadki z *meningocele traumatica spuria.*

3) Kol. prof. Dr. A. Obaliński przedstawi kilka ciekawych przypadków z praktyki szpitalnej.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Odszczególnienie.

Antwerpia 1889, Kraków 1881, Lwów 1888 i 1894, Lipsk 1892 i 1895, Tryest 1887, Wiedeń 1894.

Apteka pod „Srebrnym Orłem“

Zygmunta Ruckera we Lwowie

poleca poniżej wymienione znakomite wina lecznicze, jakoto:

Malagę z chiną. Znany przetwór leczniczy używany z wielkiem powodzeniem w ogólnej niemocy, utracie sił, zimnicy i rekonwalescencyi. **Cena butelki 3 korony.**

Malagę z Rabarbarum. Skuteczny środek w cierpieniach żołądkowych, jakoto: obstrukcyach, niestrawności, hemoroidach i t. p. **Cena butelki 3 korony.**

Malagę ze żelazem. Przetwór jedynie racyonalny przeciw niedokrewności i błednicy. **Cena butelki 3 korony.**

Wino hiszpańskie z kondurango. Najnowszy przetwór skuteczny w uporczywych słabościach żołądka, jak przewlocznych nieżytach i kurczach żołądkowych, **w braku apetytu u piersiowo chorych**, w owrzodzeniach żołądka i przeciw rakowi. **Cena butelki 3 korony.**

Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Na podstawie ścisłych badań uchwalono przedstawić Tow. lek. krak. wina rzewieniowe, chinowe z żelazem i z kondurango, jako przetwory farmaceutyczne krajowe polecenia godne.

Według komisyonalnego badania, przeprowadzonego przez przewodniczącego Komisyi przem. lek. wraz z Drem Antonim Wachtlem i Drem Józefem Wiczkowskim, tak zapas wina, jakoteż jego gatunek, dobroć i jakość używanych leków surowych, sposób fabrykacyi, wreszcie urządzenie pracowni, okazały się jako zupełnie odpowiednie.

Według badań dalszych, podjętych przez prof. Dra Łazarskiego i prof. Steingrabera, wina te sporządzone są w sposób wzorowy.

L. 662. Do Wielmożnego Pana

Dra **Jana Ruckera**, właściciela apteki pod „Srebrnym Orłem“ **we Lwowie.**

Po ścisłych badaniach Towarzystwo lekarskie krakowskie na wniosek swej Komisyi przemysłowo-lekarskiej policzyło: Wino rzewieniowe, wino chinowe, wino z żelazem, wino z kondurango do rzędu krajowych przetworów farmaceutycznych polecenia godnych.

Wielmożnemu Panu przysługa więc prawo ogłaszania na swych powyż wymienionych wyrobach: **„Polecone przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, jako całkiem odpowiednio przyrządzony przetwór farmaceutyczny“.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie zastrzega sobie prawo kontroli nad tymi wyrobami, a wykonywać je będzie Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Kraków, dnia 21. Czerwca 1896.

Prezes Tow. lek. krak.	*Przewodniczący Komisyi przem. lek.*	*Sekretarz Komisyi przem. lek.*
Dr. Józef Surzycki.	***Prof. Dr. Edward Korczyński.***	***Dr. Michał Śliwiński.***

169—24—1

PREBLAUER **ŹRODŁO PREBLOWSKIE,** najczystsza alkal. szczawa alpejska o znakomitem działaniu w nieżytach przewl., szczególnie dyat. mocz., nieżycie chron. pęch., kam. pęch., nerk. i chor. Brigthta. Dzięki składowi i smakowi — zarazem najlepszy napój dyetet. i orzeźwiający. **Preblauer Brunnen-Verwaltung in Preblau.** Poczta St. Leonhard (Karyntya). 20—26—18

Najwyższe odznaczenie:
Honorowy dyplom Wystawy narod. Czeskiej w Pradze 1895.

Dra med. Franciszka Veselého

morawska woda gorzka

ŠARATICA

148—6—1

wywołuje **przyjemniejszy** i **pewniejszy** skutek niż wszystkie inne wody gorzkie.

w 1000 częściach jest 36,3365!! części stałych.

Panom lekarzom celem wypróbowania rozseła się żądane ilości darmo i opłatnie. Szpisalom i zakładom leczniczym znaczny opust.

Znajdują się we wszystkich aptekach i składach z wodami mineralnemi.

Główny skład dla Krakowa i okolicy w aptece po „Białym Orłem“ p. L. Marcisiewicza.

Wyjaśnień udziela właściciel Dr. **F. Vesely Berno (Morawa).**

Creosot jest silnie żrący i **trujący!** natomiast

Creosotal

(węglan kreozotowy) jest kreozotem nie żrącym, nie trującym!

zawierającym 92% kreozotu Ph. G. III. chemicznie związanego z bezwodnikiem węgl., posiada wszystkie własności lecznicze kreozotu bez jego ubocznego działania szkodliwego; jest tak nieszkodliwym, że można go podawać łyżeczkami. Obojętny olej, bez zapachu i działania żrącego, prawie bez smaku.

Odnośne publikacye i przepisy do używania przesyła:

Chemiczna Fabryka Heydena G. m. b. H. Radebeul
obok Drezna.

Sprzedaż w drogueryach i aptekach.

Apteczne laboratorium (oddział en gros) p. Fr. Stohra w Wiedniu II/3, jest na mocy układu upoważnione używać naszej marki ochronnej na opakowaniu wszystkich kapsułek naszemi przetworami wypełnionych. 22—52—18

Zakład wodoleczniczy

Dra CHRAMCA

w Zakopanem

przyjmuje chorych **w zimie** po cenie 100 złr. miesięcznie i wyżej za wszystko.

171—12—1

Paski pachwinowe,
Paski brzuszne pępkowe,
oraz
wyroby gumowe
i metalowe
Klizopompy
francuskie,
Irrygatory,
pulweryzatory.

Adres telegraficzny:
Knapiński, Kraków.

L. Knapiński

FABRYKANT

narzędzi chirurgicznych i nożowniczych

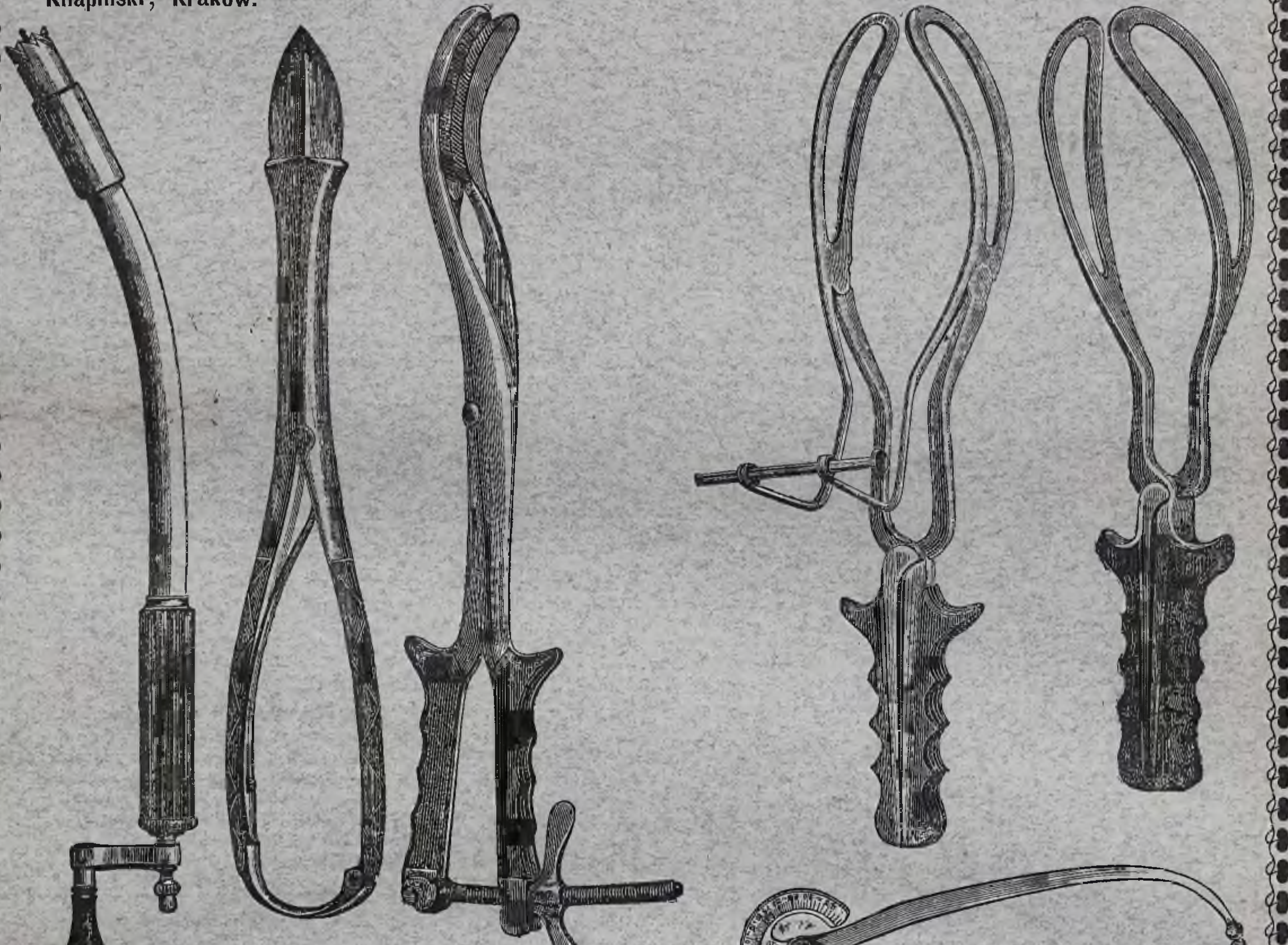
dostawca dla c. k. klinik Uniw. Jagiell.

odznaczony wielkiemi medalami srebrnemi za staranne wyrabianie narzędzi odpowiadających wszelkim wymaganiom tak co do trwałości jakoteż dokładności.

Wielki wybór scyzoryków, nożyczek i brzytew.

Aparata inhalacyjne
(strzykawki podskórne),
Poduszki kauczukowe,
respiratory,
pończochy gumowe,
pugilaresy
z narzędziami lekarskiemi,
kleszcze i t. p.

Kraków, Sławkowska 4.



149—x—5

